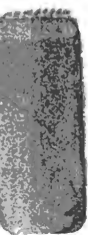




*Monatsschrift
fuer Kinderheilkunde*



MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Bonn.

Band II: Literatur 1903.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICHE.

: 1904.

Verlags-Nr. 921.

711A3 70 V1E
J00H02 JAD10

MONATSSCHRIFT

für

13

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.--.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

April.

Band II. Nr. 1.

Die stickstoffhaltigen Bestandteile im menschlichen Urin und die sogenannte Acidose.

Von Medizinalrat Dr. Camerer in Urach.

(Der Redaktion zugegangen am 10. Februar 1903.)

Bekanntlich kann von allen hier in Betracht kommenden Körpern nur die Harnsäure mit so kleinem Verlust aus Urin isoliert werden, daß sie der direkten Analyse zugänglich ist. Aber wenn man auch nach der zuverlässigsten Methode (der Silberfällung) und in zweckmäßigster Weise arbeitet, beträgt dieser Verlust immerhin die verhältnismäßig große Menge von etwa 2 mg auf den Versuch. Bei der Analyse aller anderen N-haltigen Stoffe sind die Resultate nicht eindeutig. Wenn man den nach der eben erwähnten Silbermethode erhaltenen und ammoniakfrei gewaschenen Niederschlag dem Kjeldahl-Versuch unterzieht und den gefundenen N auf die Purinkörper bezieht, macht man die Voraussetzung, daß dieser Silberniederschlag keine anderen N-haltigen Urinbestandteile enthalte als eben Purinkörper; wenn man eine Ammoniakbestimmung nach Schlößing oder Wurster vornimmt, macht man die Voraussetzung, daß dabei keine anderen Urinbestandteile als die präformierten Ammoniumsalze sich an der Lieferung von NH_3 beteiligen, und analog verhält es sich beim Verfahren von Schmiedeberg. Wenn man endlich den Harnstoff nach Hüfner, Pflüger-Schöndorff, Mörner-Sjöquist bestimmt, nimmt man an, daß der erhaltene N oder NH_3 nur vom Harnstoff abstamme oder daß eine Korrektur möglich sei, wenn etwa andere Stoffe mehr als ein zu vernachlässigendes Minimum des N geliefert haben. So lange man nur wenige N-haltige Urinbestandteile kannte und so

lange unsere Kenntnis in dieser Beziehung im wesentlichen abgeschlossen schien, konnte man künstliche Lösungen der betreffenden Stoffe nach den Vorschriften der jeweiligen analytischen Methode behandeln und hoffen, auf diese Weise die Urinanalysen selbst zu kontrollieren oder eventuell eine geeignete Korrektur für sie zu finden. Seitdem aber immer neue N-haltige Stoffe im Urin entdeckt werden,¹⁾ kann man sich mit dieser Art der Kontrolle nicht mehr recht begnügen.

Die erwähnten analytischen Methoden haben dadurch nichts an Sicherheit verloren, sie konnten auch bisher durch keine besseren ersetzt werden, aber man wird gut daran tun, ihre Resultate, namentlich die der Harnstoffanalysen, vorsichtiger (und vielleicht anders) als bisher zu deuten. In welcher Weise dies zu verstehen ist, mag ein Beispiel erläutern. Lösungen von Kreatinin, mit Bromlauge behandelt, geben nur zwei Drittel ihres N als Gas ab, ein Drittel des N entwickelt sich nicht und aus dem Bau des Kreatininmoleküls läßt sich in der Tat erkennen, daß 2 der N-Atome in anderer Weise an das C-Atom gebunden sind, als das dritte. Man spricht also von leicht und schwer abspaltbarem N der Kreatininlösung, und indem man diesen Begriff und die Bezeichnung auf den Urin selbst überträgt, kann man auch von leicht und schwer abspaltbarem N des Urins sprechen.

Danach hätte man z. B. den beim Hüfner-Versuch entwickelten N nicht mehr als N des Harnstoffs und Ammoniaks zu bezeichnen, sondern eben nur als leicht abspaltbaren N, und diese Auffassung müßte namentlich dann Platz greifen, wenn sich die Angaben von Moor bestätigen sollten. Immerhin könnte man sich dann vorstellen, daß die Atomgruppen, welche solch leicht abspaltbaren N liefern, mit dem NH_2 des Harnstoffs, der ja immer der Hauptlieferant des Hüfner-N bleiben wird, in naher, vielleicht genetischer Beziehung stehen mögen.

Bei dem Versuch nach Pflüger-Schöndorff hat man einzuteilen in leicht und schwer abspaltbaren N des Niederschlags, den man bei der Ausfällung des Urins mit der bekannten 10%igen Lösung von Phosphorwolframsäure erhält, und in leicht und

¹⁾Neuestens will Moor gefunden haben, daß der Urin sehr viel weniger Harnstoff enthalte, als man bisher annahm. Man habe einen N-haltigen in großer Menge vorhandenen Körper für Harnstoff gehalten, der mit letzterem zwar viele und wichtige Reaktionen gemeinsam habe, z. B. das Verhalten gegen Bromlauge, gegen Phosphorwolframsäure, aber doch nicht alle. (Zeitschrift für Biologie, Bd. 44.) Ohne daß ich zu dieser Frage vor eigener Prüfung Stellung nehmen will, finde ich es an sich wahrscheinlich, daß der Urin noch manche unbekannte Körper enthält. Denn es werden in ihn alle diejenigen Stoffe übergehen, welche im Blutserum gelöst sind (seien es regelmäßige, seien es zufällige Bestandteile des Blutes, seien es Endprodukte, seien es intermediäre Produkte des Stoffwechsels) und die beim Durchfließen des Blutes durch die Nierenkapillaren die organischen Schichten zwischen dem Lumen der Kapillaren und Harnkanälchen passieren können. Hierzu gesellen sich dann noch die Stoffe, die von der Epithelschicht der Ausführungswege geliefert werden.

schwer abspaltbaren N des Filtrats, das man bei diesem Verfahren erhält.

Den leicht abspaltbaren N des Filtrats ermittle ich, indem ich das Filtrat dem Hufner-Versuche unterwerfe; ziemlich umständlicher ist das ursprünglich von Schöndorff vorgeschlagene, jetzt von Pfaundler etwas abgeänderte Verfahren, wonach man das Filtrat mit Mineralsäuren (P_2O_5) „zerkocht“, danach mit MgO oder besser mit $NaHO$ übersättigt und den frei gewordenen Ammoniak überdestilliert. Beide Methoden, der Hufner-Versuch und das Zerkochen, geben mit Filtrat fast genau gleiche Resultate. Hat man mit dem (nicht zerkochten) Filtrat auch den Kjeldahl-Versuch gemacht, so kann man den schwer abspaltbaren Filtrat-N als Differenz berechnen, er ist nämlich alsdann = Kjeldahl-N weniger Hufner-N (des Filtrates). Vorläufig, bis die Moor'sche Angelegenheit ihre Erledigung gefunden hat, kann man wie bisher den leicht abspaltbaren Filtrat-N als besten Wert für den Harnstoff-N ansehen; er ist bei Fleischkost und gemischter Kost nur um ganz wenig kleiner als der N, den man durch den Kjeldahl-Versuch aus dem unzerkochten Filtrat gewinnt oder als der am genuinen Urin ermittelte Harnstoff-N nach Hufner;¹⁾ er ist bei Vegetarianerkost merklich kleiner als die beiden letzt erwähnten N-Werte. Den schwer abspaltbaren N des Filtrats nennt man auch „N der Amidosäuren“, hat aber dieser Bezeichnung gegenüber natürlich dieselbe Reserve zu üben, wie gegenüber dem „Harnstoff-N“. Weniger Bedenken wird man dem „Purin-N“ und vollends dem „Ammon-N“ entgegenzubringen haben, wenn beide in richtiger Weise ermittelt wurden.

Beim Harnstoff ist das Verhältnis N:C bekanntlich = 100:43. Wenn man in einer Urinprobe eine Bestimmung des N und C gemacht und nahezu dieses Verhältnis gefunden hat, wird man den Schluß ziehen, daß unter den organischen Bestandteilen dieses Urins der Harnstoff sehr stark vorschlägt; ist die relative Zahl für C erheblich größer als 43, so muß der Urin neben Harnstoff mehr Stoffe enthalten, die arm an N (oder gar N-frei) und reich an C sind, respektive einen solchen Stoff in erheblicher Menge. Auf die Wichtigkeit des Verhältnisses N:C für die Analyse des (nicht diabetischen) Urins hat meines Wissens in neuer Zeit namentlich Rubner die Aufmerksamkeit wieder gelenkt, nachdem schon früher C. v. Voit auf Ermittlung desselben Wert gelegt hatte.

Nachfolgende Tabellen mögen dartun, wie verschieden die Mischung der N-haltigen Urinbestandteile in den einzelnen Urinen ist; ihre Besprechung wird ergeben, von welchen Momenten diese Verschiedenheit abhängt.

¹⁾ Ich bemerke zur Vermeidung von Mißverständnis, daß der Hufner-Versuch, an genuinem Urin ausgeführt, zunächst den N des „Harnstoffs“ und Ammons en bloc liefert. Man muß also eine besondere Ammonbestimmung machen und den Ammon-N vom gesamten nach Hufner gefundenen N abziehen, um den „Harnstoff-N nach Hufner“ zu erhalten.

Tabelle I.

			Gesamt-N (GN) in 24-stünd. Urin	Auf 100 GN des Urins kommt				
				N des Harnstoffs	N des Ammons	N der Purinkörper	N-Amidosäuren	N-Rest
Säugling	Muttermilch	I 7-14 Tage alt	0.5	73	10	4	13	
		II 6 Monate alt	0.8	79	8	4.5	8.5	
	Kuhmilch	III 6 Mon. alt	3.2	84	5	1.0	10	
Erwachsener	IV mageres Fleisch ausschließlich		20	88	5	1.5	1.0	4.5
	V fettes Fleisch ausschließlich		15	—	16	—	—	—
	VI gemischte Kost		12	84.5	5	1.8	1.7	7.0
	VII Pflanzenkost ausschließlich		8	74	5	2.5	6.5	12.0
	VIII Hunger bei Krebskachexie [Brustkrebsrecidiv]		4	72	10	5	13	

Querspalte I ist nach Analysen von Mörner und Keller geschätzt (siehe „Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen etc.“ von Czerny und Keller, 2. Abteilung, S. 188 und 189). Ueber die Art der Ernährung fand ich am angeführten Orte nichts angegeben, doch scheint mir wahrscheinlich, daß alle oder wenigstens die meisten der Säuglinge Muttermilch hatten. Der 24 stündige GN der Querspalte I ist geschätzt unter der Annahme, daß ein Säugling dieses Alters durchschnittlich 500 g Muttermilch trinkt.

Querspalte V nach Ermittlungen von Gerhardt und Schlesinger, aus der mediz. Klinik Straßburg. Archiv für experimentelle Pathologie und Therapie. 42. Bd., S. 83. Die übrigen Querspalten nach eigenen Ermittlungen, worüber meine älteren und eine eben im Druck befindliche Arbeit in der Zeitschrift für Biologie nachzusehen sind.

Bei IV, VI, VII ist Harnstoff-N identisch mit dem leicht abspaltbaren Filtrat-N; bei II, III und VIII ist der Harnstoff-N durch den Hüfner-Versuch und beigefügte Ammonbestimmung am genuine Urin ermittelt worden, die Werte der Tabelle I sind hier um etwa 2% größer, als wenn der Hüfnersversuch am Filtrat (nach Phosphor-Wolframsäure-Fällung) gemacht worden wäre. Bei Querspalte I ist der Harnstoff-N nach Mörner-Sjöquist ermittelt; dies Verfahren liefert am meisten N, und man wird hier etwa 6% von dem Wert für Harnstoff-N abziehen müssen, um ihn mit Querspalte IV, VI und VII vergleichbar zu machen.

Um ebensoviel, als der relative Harnstoff-N in den genannten Querspalten durch die Korrektur abnimmt, vermehrt sich dann selbstverständlich der N der letzten Vertikalspalte (N der Amidosäuren und N-Rest). Wie groß der relative N der Amidosäuren in den Querspalten I, II, III und VIII ist, muß vorläufig wegen Mangels an Versuchen dahingestellt bleiben.

In der nächsten Tabelle II habe ich Versuche an Kranken zusammengestellt, die v. Jacksch vor kurzem veröffentlicht, wenn

Zu I. In Bd. I, S. 16 dieser Monatsschrift ist einer Arbeit von v. Vordt in der Zeitschrift für Biologie, Bd. 43, gedacht, welche mir jetzt eben nicht zugänglich ist. v. Vordt fand danach das Resultat von Heubner und Rubner an 10 Brustmilch-Urien bestätigt.

Was die 24stündige N-Ausscheidung bei den Urien unserer Tabelle III betrifft, so ist sie bei I, IV, VI und VII genau bekannt, und zwar betrug sie 0.5 g; 3.2 g; 11 g; 8.4 g. In II und III mag sie zwischen 0.8 g und 1.2 g betragen haben, in V etwa 15 g. Erheblich größer ist sie natürlich (bei gleicher Größe des Tieres) in IX als in VIII.

Wir sehen also aus Tabelle III, daß es wenigstens beim Hund Urine gibt, welche man auf Grund der Elementaranalyse für fast reine Harnstofflösungen halten kann, und es spricht dieser Befund nicht eben für Moor. Es wird kaum daran zu zweifeln sein, daß auch menschlicher Urin bei ausschließlicher und übermäßiger Fleischzufuhr von ähnlicher Beschaffenheit wäre; Analysen mit solchem Urin, bei denen N und C bestimmt wurden, sind mir allerdings nicht bekannt. — Faßt man die Resultate der 3 Tabellen zusammen, so ist zunächst ersichtlich, daß die relativen Werte von Harnstoff-N groß sind bei großem 24stündigem GN; daß dagegen die relativen Werte des Purin-N, des N-Restes von C, umso größer werden, je kleiner der 24stündige GN ist; alles sowohl beim Erwachsenen, als beim Säugling. Der Wert für den relativen Purin-N, den relativen C, berechnet sich aus dem Quotienten $\frac{\text{Purin-N} \times 100}{\text{GN}}$; $\frac{\text{C} \times 100}{\text{GN}}$, es besagt also unser Befund auch, daß die Größe von Purin-N, von C bei verschieden großer Eiweißzersetzung weniger schwankt als die Größe von GN.

Verdoppelt sich der Nenner in unseren Brüchen, während der Zähler annähernd gleich groß bleibt, so wird der Bruch halb so groß. Den Bruch $\frac{\text{Harnstoff-N} \times 100}{\text{GN}}$ kann man auch schreiben

$$\frac{\text{Harnstoff-N} \times 100}{\text{Harnstoff-N} + \text{Rest-N}}$$

Die Größe von Harnstoff-N geht nun bekanntlich der Eiweißzersetzung annähernd proportional; ist die Größe von Rest-N bei verschiedener Eiweißzersetzung annähernd konstant, so wächst bei starker Eiweißzersetzung der Nenner unseres Bruches verhältnismäßig weniger wie der Zähler, d. h. der Bruch erhält einen größeren Wert. Nach Tabelle II, Gruppe VI, scheint dies sogar einzutreten, wenn nicht reichliche Zufuhr und Zersetzung von Nahrungsweiß, sondern wenn reichliche Zersetzung von Körpereiß bei hohem Fieber schuld an den großen Werten von GN (und Harnstoff-N) ist. Sieht man von letzterem, immerhin als Ausnahme zu betrachtenden Falle ab, so kann man den Befunden in den Tabellen I, II und III auch dadurch gerecht werden, daß man in Anlehnung an einen gegenwärtig beliebten Ausdruck dem Harnstoff in hervorragender Weise exogene Entstehung, den Purinkörpern und den Stoffen, welche den C-reicheren N-Rest liefern, mehr endogene

Entstehung zuschreibt. Nur muß man sich vor einseitigen Urteilen in diesen Dingen hüten, denn daß die Menge des ausgeschiedenen Purin-N, des N der Amidosäuren, überhaupt der C-reichen Restsubstanz, auch von der Art der Nahrung und von den Vorgängen im Darm abhängt, ist ja wohl bekannt. Den höchsten Wert für den relativen Purin-N wird man erhalten durch Zufuhr von Stoffen, welche viel Purin-N liefern, wenn man gleichzeitig die Produktion von GN niederrhält. — Ich habe früher den hohen Wert des relativen Purin-N beim Muttermilchsäugling (gegenüber dem Kuhmilchsäugling) mit den reichlicher vorhandenen N-haltigen Extraktivstoffen der Frauenmilch in Verbindung gebracht, nun erscheint mir diese Erklärung ziemlich überflüssig. Es dürfte bei beiden Arten der Ernährung der 24stündige Wert für den Purin-N klein und nur unerheblich verschieden sein; immer aber ist der 24stündige Wert für GN beim Kuhmilchsäugling erheblich größer als beim Muttermilchsäugling, was vollkommen genügt, um auch den Quotienten $\frac{\text{Purin-N} + 100}{\text{GN}}$ in einem Fall viel größer als im andern zu machen.

Eine besondere Erörterung ist, gestützt auf die Tabelle I, den relativen Werten des Ammon-N zu widmen, welche man als Maß der „Acidose“ zu betrachten geneigt ist. Ich selbst habe schon vor langer Zeit bei Analysen von Frauenmilchurin gesunder Kinder immer gefunden, daß die relativen Werte für Ammon-N unerwartet hoch waren. Denselben Befund hatte Mörner und Keller, wie oben erwähnt bei Kindern in den ersten 8 bis 14 Lebenstagen, Pfaundler¹⁾ schreibt annähernd gesunden Kindern im ersten Halbjahre gar einen relativen Ammonwert von 14⁰/₁₀₀ zu. Daß diese Werte bei magendarmkranken Säuglingen eine ganz exzessive Höhe, bis zu 50⁰/₁₀₀, erreichen können, hat namentlich Keller in der Breslauer Kinderklinik unter Leitung Czernys nachgewiesen, und seine Befunde sind von Pfaundler (in der oben erwähnten Arbeit) im ganzen bestätigt worden, wenn auch die Zahlen Pfaunders durchschnittlich niedrigere sind als die Kellers und den Wert von 30⁰/₁₀₀ nicht übersteigen. Ueber die Bedeutung dieser hohen Ammonwerte beim kranken Kind sind die Forscher nicht ganz einig; für den gesunden Muttermilchsäugling scheint eine Erklärung überhaupt noch nicht versucht worden zu sein.

Man hat bekanntlich bei der Urinanalyse die Begriffe Acidität und Acidose scharf auseinanderzuhalten, und es dürfte zur Vermeidung von Mißverständnissen nicht überflüssig sein, auf den Unterschied hier mit ein paar Worten einzugehen. — Vom chemischen Standpunkte aus könnte man den Versuch machen, zur Feststellung der Acidität zu ermitteln, wie viel Na HO einer Urinprobe zugesetzt werden muß, bis alle Säuren eben gesättigt sind, bis also nur tertiäre Phosphate, sekundäre Sulfate u. s. w., aber kein freies Na HO vorhanden ist. Bequemer (wenn auch

¹⁾ Ueber Stoffwechselstörungen von magendarmkranken Säuglingen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 54, S. 315.

weniger korrekt), aus manchen Gründen sogar zweckmäßiger ist es, wenn man nach Lieblein in einer Urinprobe ermittelt, wie viel P_2O_5 insgesamt und wie viel P_2O_5 in primären, gegen Lackmus sauer reagierenden, Salzen vorhanden ist. Letztere Partie nennt man der Kürze halber die „saure“ P_2O_5 . Die Erfahrung hat nun gelehrt, daß der normale menschliche Urin von entschieden saurer Reaktion durchschnittlich 57% saurer P_2O_5 enthält, d. h. auf 100 Gewichtsteile P_2O_5 sind 57 Gewichtsteile der Säure in Form primärer, 43 Gewichtsteile in Form sekundärer Salze vorhanden.

Bei einem Gehalt von 35% saurer P_2O_5 beginnt der Urin, mit empfindlichem Lackmuspapier geprüft, amphoter zu reagieren, bei 20% saurer P_2O_5 beginnt er alkalisch zu reagieren, und trüb zu werden durch Ausscheidung sekundärer Erdphosphate. Ueber 91% saurer P_2O_5 habe ich bisher nie beobachtet, allerdings habe ich den Versuch nach Lieblein, z. B. bei schwerstem Diabetes oder gar bei diabetischem Coma, noch nie angestellt.

Die Acidität eines Urins möge nun auf die eine oder andere Weise bestimmt worden sein, so scheint zunächst einleuchtend, daß sie bei gegebener Temperatur und gegebenen Löslichkeitsverhältnissen von dem Verhältnis der Basen zu den Säuren abhängen wird. Es kommt in Betracht der Gehalt an Kalium und Natrium, oder an den sogenannten fixen Alkalien, an Calcium und Magnesium oder den Erdalkalien, endlich an Ammonium, andererseits der Gehalt an den bekannten anorganischen Säuren und den nach Menge und Art nicht so gut bekannten organischen Säuren.¹⁾ Nun würde sich die Acidität jedenfalls nicht ändern, wenn innerhalb gewisser Grenzen Kalium durch äquivalente Mengen von Natrium oder Ammonium und umgekehrt²⁾ ersetzt wäre; die Acidität des Urins hängt nicht von seinem Gehalt an diesem oder jenem Alkali, also auch nicht von seinem Gehalt an Ammonium, sondern, wie gesagt, von dem Verhältnis der vorhandenen Basen zu den vorhandenen Säuren ab.

Dies hat sich sowohl bei dem obenerwähnten Versuche Pfaunders als auch bei dem Versuche meines Sohnes über Ammoniakausscheidung³⁾ bestätigt; ein Zusammenhang zwischen der Acidität des Urins und der sogenannten Acidose ließ sich nur ausnahmsweise nachweisen.

Von der Acidose macht man sich gegenwärtig etwa folgende Vorstellung: Im Körper entstehen durch Oxydationsprozesse fortwährend Säuren, teils anorganische, wie namentlich SO_3 , als Endprodukte, teils organische als intermediäre Produkte des Stoffwechsels; als intermediäres Produkt entsteht ferner bei der Eiweißspaltung Ammon. Wenn auch die organischen Säuren schließlich

¹⁾ Oxyproteinsäure (circa 60 mg im Tagesmittel des Erwachsenen), Oxalsäure (circa 15 mg im Tagesmittel) scheint immer vorhanden zu sein.

²⁾ Da schon die sekundären Erdphosphate sehr schwer löslich sind, wäre ein Ersatz von Kalium z. B. durch Calcium nicht, oder in sehr engen Grenzen, denkbar. — Sekundäres Phosphat von Kalium und Natrium nimmt bei Körpertemperatur kein Ammon auf.

³⁾ Zeitschrift für Biologie, Bd. 43, S. 13 ff.

zu CO_2 oxydiert und Ammon in der Leber zu Harnstoff umgewandelt wird, so muß doch jederzeit ein Teil dieser Stoffe im Urin erscheinen (s. Anmerkung S. 2), und es wird der Gehalt des Urins mit dem Gehalt des Blutes an denselben wachsen und abnehmen; auch hat man Grund anzunehmen, daß einem größeren Säuregehalt immer auch ein größerer Ammongehalt entspricht und umgekehrt. Denn die Fähigkeit des Blutes, CO_2 zu absorbieren, ist von dem Grade seiner Alkaleszenz abhängig. Um diese unter allen Umständen auf der erforderlichen Höhe zu erhalten, werden bei ungewöhnlicher starker Säurebildung nicht nur die fixen Alkalien des Körpers, sondern es wird auch das Ammon in stärkerem Maße als gewöhnlich zur Säurebindung herangezogen und also Ammon der Umwandlung in Harnstoff entzogen. Gelingt die Bindung überschüssiger Säure vollkommen, so spricht man von vermehrter Acidose, gelingt sie nicht vollkommen, so spricht man von Säurevergiftung. Viele halten bekanntlich die letztere, hervorgegangen aus mangelnder Oxydationskraft der Gewebe und überreicher Fettzufuhr, für die direkte Ursache des diabetischen Koma; nach Czerny und Keller soll sie auch bei den Erkrankungen von Magen und Darm der Säuglinge eine wichtige Rolle spielen. Lebererkrankungen allein könnten die Umwandlung des Ammons in Harnstoff erschweren oder verhindern. Diese würde zunächst natürlich nicht zu Säurevergiftung, sondern vielleicht eher zu Ammoniakvergiftung führen.¹⁾

Um diese Verhältnisse so gut als möglich (ohne die schwierige Untersuchung des Blutes) durch den Stoffwechselversuch klar zu legen, müßte man außer den organischen Stoffen und Aschenbestandteilen der Nahrung jedenfalls auch die Aschenbestandteile des Kotes und sämtliche Basen und Säuren des Urins bestimmen. Schon die Urinanalyse allein würde übermäßige Arbeit machen, dazu können die organischen Säuren desselben heutzutage noch gar nicht genau ermittelt werden. Man begnügt sich also meist damit, den Ammongehalt des Urins, namentlich den relativen Ammon, also

den Quotienten $\frac{\text{Ammon-N} \times 100}{\text{GN}}$ als Index der Acidose zu be-

nutzen. Dabei macht man gern (oft unbewußt) die Voraussetzung, daß dieser Quotient beim Gesunden nur in engen Grenzen, etwa zwischen 4% und 6% schwanke, und daß es sich um Einwirkungen pathologischer Art handle, wenn der Wert von 6% erheblich überschritten wird.

Eine Prüfung der Verhältnisse an der Hand unserer Tabelle 1 ergibt folgendes: Im Falle IV verzehrte ein junger Mann (neben 2 Eiern im Tag) soviel mageres Fleisch, als er ohne eigentliche Verdauungsstörung bewältigen konnte. Er war an den 2 Versuchstagen jedenfalls unterernährt und zersetzte etwas Eiweiß, reichlicher Fett vom Körper — man nimmt an, daß bei Unterernährung 1 Gewichtsteil Eiweiß auf 2 Gewichtsteile Fett zersetzt werde. Die

¹⁾ Siehe hierüber die Abhandlung von Salaskin und Zaleski in der Zeitschrift für physiol. Chemie, Bd. 24, S. 517 ff.

Versuchspersonen im Fall VI und VII, ebenso im Fall V waren dagegen wenigstens annähernd im Stoffwechselgleichgewicht. Nun ist bei IV, VI und VII der Ammonquotient nahezu $= 5$; die 24stündigen Werte von Ammon-N und GN änderten sich nahezu in gleichem Verhältnis. Parallel mit GN, d. h. mit der Eiweißzersetzung geht nun aber auch die Bildung der eigentlich maßgebenden anorganischen Säuren, also von SO_3 und gelegentlich auch von P_2O_5 . Ferner scheint, auf Grund der jetzigen Lehre von der Acidose, in den Fällen IV, VI, VII der Ueberschuß an fixen Alkalien in der Nahrung (richtiger die Menge der resorbierten Alkalien) und die Bildung organischer Säuren gleich geblieben zu sein. Im Fall V ist die Zufuhr an Alkalien jedenfalls nur klein gewesen, da Fett überhaupt keine Asche enthält, groß war dagegen nach gewöhnlicher, wie mir scheint, wohlbegründeter Annahme die Bildung organischer Säuren; groß auch die Bildung von SO_3 . Man darf bei Beurteilung dieser Fragen nicht in den Fehler verfallen, Kohlehydrate und Pflanzenkost zu verwechseln. Die ersteren sind aschefrei, Pflanzenkost ist alkalireich. Um die Acidose bei Ernährung mit Kohlehydrat einerseits, mit Fett andererseits zu vergleichen, müßte man bei gleicher Fleischzufuhr das eine Mal etwa Zucker, das andere Mal isodynamische Mengen von Fett geben. — Beim Vergleich des Frauenmilchsäuglings mit dem Kuhmilchsäugling kommen folgende Momente in Betracht: Der erstere genießt dann eine etwas fettreichere Kost, wenn die Kuhmilch, wie meist der Fall, mit Wasser verdünnt und mit Kohlehydrat wieder nahrhafter gemacht wird. Im Fall III der Tabelle I wurde übrigens unverdünnte Kuhmilch verzehrt. GN und damit die Bildung anorganischer Säuren ist beim Frauenmilchkind wohl immer kleiner als beim Kuhmilchkind. Die Säurebildung würde also kaum Anlaß geben, daß beim ersteren der Ammonquotient so groß wird. Dagegen ist der Basenüberschuß in 800 g Frauenmilch schon an sich kleiner als in 800 g Kuhmilch,¹⁾ dazu kommt noch, daß das Knochenwachstum fast den ganzen Vorrat von zugeführten Erdalkalien in Beschlag nimmt, der dem Frauenmilchkind zugeführt wird, was bei Kuhmilchnahrung bekanntlich keineswegs der Fall ist. Hier spielt dagegen die Verdauung der Erdalkalien eine Rolle. Aus dieser Betrachtung erhellt auch, warum (nach Pfau ndlers Befunden) der Ammonquotient im ersten Halbjahr, bei stärkstem Wachstum, erheblich größer ist als im zweiten Halbjahr. Man kann in der Erscheinung ein Korrelat dazu erblicken, daß bei schwerstem Diabetes durch die langdauernde übermäßige Bildung organischer Säuren die Erdalkalien der Knochen angegriffen werden.²⁾

Sind die gegenwärtigen Anschauungen richtig, so müssen beim gesunden Menschen, sei es Kind oder Erwachsener, drei Momente für die Größe des Ammonquotienten maßgebend sein: die Eiweißzersetzung, die daran geknüpfte Größe von GN und die Menge der entstehenden anorganischen Säuren; die Bildung, die vollständigere

¹⁾ Siehe Söldner, Zeitschrift für Biologie, Bd. 44, S. 74 (1902), und seine Inaugural-Dissertation, S. 4 u. ff. (1888): „Die Salze der Milch“ etc.

²⁾ Gerhard t und Schlesinger am angeführten Orte.

oder mindervollständige Oxydation organischer Säuren; der Basenüberschuß in der Nahrung oder vielmehr in dem resorbierten Teil derselben. Diese drei Momente können sich in verschiedener Weise kombinieren und der Effekt wird ein gewaltiger sein, wenn einmal zufällig alle drei in gleichem Sinne wirken. Auch bei Beurteilung pathologischer Befunde sind diese Momente zu berücksichtigen; ich sehe z. B. bis auf weiteres in Fall VIII nur die Wirkung kleiner Basenzufuhr und reichlicher Bildung organischer Säuren bei überwiegender Fettzersetzung und sehr kleiner Eiweißzersetzung, also auch sehr kleinem GN, aber keine spezifische für die besondere Art der Krankheit charakteristische Erscheinung.

Zur Kenntnis des Vorkommens des Stokes-Adams'schen Symptomenkomplexes im Kindesalter.

Von W. v. Starck.

(Der Redaktion zugegangen am 10. März 1903.)

Die Seltenheit des Vorkommens des Stokes-Adams'schen Symptomenkomplexes im jugendlichen Alter veranlaßt mich, einen typischen Fall der Art, welcher im letzten Jahre in der Kieler medizinischen Poliklinik zu Beobachtung kam, kurz mitzuteilen.

Am 5. Oktober 1901 wurde der Sprechstunde der Poliklinik ein 5jähriger Knabe zugeführt, der abends vorher unerwartet von einem ohnmachtähnlichen Zustande, der in allgemeine Krämpfe mit Bewußtlosigkeit überging, befallen war, und seitdem an heftigen Kopfschmerzen litt. Er stammte von gesunden Eltern, hatte vielfach an Lungenkatarrhen gelitten, sich aber sonst normal entwickelt, war im allgemeinen frisch und munter und hatte speziell bisher keine Krämpfe gehabt.

Die Untersuchung ergibt zunächst außer den offenbar bestehenden starken Kopfschmerzen leichte Benommenheit und hochgradige Pulsverlangsamung bei normaler Temperatur und bei mangelndem sonstigen objektiven Befund. Es wurde daher die Möglichkeit einer beginnenden tuberkulösen Meningitis ins Auge gefaßt und die Aufnahme des Pat. in das mit der Poliklinik in Verbindung stehende Ansehhaus veranlaßt.

Status dort am 8. Oktober 1901: 5jähriger Knabe, seinem Alter entsprechend entwickelt. Ernährungszustand ziemlich gut, Hautfarbe normal.

Über den Lungen rechts hinten unten vereinzelte Rhonchi, sonst nichts Abnormes. Respiration beschleunigt, 40.

Herz: Spitzenstoß im 5. Interkostalraum in der linken Mamillarlinie. Herzdämpfung nicht vergrößert, Töne rein und deutlich. Puls 42, voll, regelmäßig. Bewegungen wie Schmerz scheinen die Pulszahl nicht zu beeinflussen.

Bauch weich. Leber überragt den Rippenrand $1\frac{1}{2}$, Finger breit. Milz nicht deutlich vergrößert.

Fühlbare Lymphdrüsen mäßig vergrößert.

Urin ohne A. u. Z., enthält viel Indoxyl.

Appetit mäßig, kein Erbrechen. Sensorium leicht benommen. Austrittsstellen der Kopfnerven mäßig druckempfindlich. Pupillen weit, linke etwas größer als die rechte, reagieren. Augenhintergrund normal.

Sonst keine Reiz- oder Lähmungserscheinungen im Bereich der motorischen oder sensiblen Sphäre.

Therapie: Bettruhe. Eisbeutel auf den Kopf. Kalomel 0.05 einmal pro die.

9. Oktober. Lumbalpunktion. Wenige Kubikcentimeter Cerebrospinalflüssigkeit entleert, enthält keine Tuberkelbazillen. Befinden unverändert. Puls im Schlaf 28.

Vorübergehendes Fieber und ein heftiger Dickdarmkatarrh hatten weiterhin auf die Herzaktion ebensowenig Einfluß, wie Bewegungen oder Erregungen. Dieselbe bewegte sich konstant zwischen 28 und 44, betrug meist circa 36.

Die Beobachtung des Herzens ergab dagegen zeitweilig Geräusche und eine zunehmende Vergrößerung der Herzdämpfung.

Anfangs November fand sich der Spitzenstoß im 5. Interkostalraume, 2 Finger breit außerhalb der linken Mamillarlinie, verbreitert, etwas hehend, verdoppelt; die Grenzen der absoluten Herzdämpfung oberer Rand der 4. Rippe, rechter Sternalrand, Gegend des Spitzenstoßes. 1. Ton an der Spitze von leisem Geräusch (oder Ton) gefolgt, dann Doppelschlag; über Pulmonalis 1. Ton von leisem systolischen Geräusch begleitet, 2. Ton accentuiert; über Tricuspidalis und Aorta Töne leise, rein. An den Halsvenen keine pulsatorischen Bewegungen. Abdomen aufgetrieben. Klage über Kopfschmerzen; zeitweilig Erbrechen; Durchfälle, wässrig-schleimig. Das subjektive Befinden des Knaben besserte sich mit Nachlaß des Darmkatarrhes; Anfang Dezember verließ er das Bett und wurde bald darauf nach Wunsch der Eltern entlassen. Der Herzbefund zeigte bei der Entlassung keine Veränderung.

Zu Hause befand sich Pat. anscheinend ganz wohl. Am 24. Jänner 1902 bekam er dann unerwartet wieder 2 Anfälle, wie im Beginn der Krankheit; mit einer Art Ohnmacht beginnend, traten allgemeine Krämpfe mit Bewußtlosigkeit auf. Jeder Anfall dauerte etwa $\frac{1}{2}$ Stunde. Der Knabe war nach denselben äußerst matt und hinfällig.

Die Mutter führt daher den Pat. der Poliklinik wieder zu. Den Weg von der Wohnung dahin, circa 30 Minuten, legte er zu Fuß zurück.

Der Status ergab bezüglich des Herzens: Spitzenstoß im 5. Interkostalraume reichlich 1 Finger breit außerhalb der linken Mamillarlinie fühlbar, verbreitert; doppelt; auf kräftige Erhebung folgt eine kleinere schwächere, ein wenig nach außen von der ersten. Die Pause zwischen der 1. und 2. ist kürzer als die zwischen der 2. und 1. An der Spitze 1. Ton, leises Geräusch; 2. Ton, leises Geräusch; über Pulmonalis systolisches Geräusch, accentuierter Ton; über Aorta leises systolisches Geräusch, sonst deutliche Töne; über Tricuspidalis leise, undeutliche Töne, wechselndes Geräusch; an den Halsgefäßen kein Geräusch. Kein Venenpuls. Puls 40, regelmäßig, mittelvoll.

Verordnung von Liquor ferri albuminati Drees. Vermeiden jeder körperlichen Anstrengung.

Am 26. Februar 1902 plötzlich schwerer Ohnmachtsanfall mit anschließenden allgemeinen Krämpfen, die sich über mehrere Stunden hinziehen und in denen der Tod erfolgt, ehe ärztliche Hilfe zur Stelle war.

Die Sektion ergab als wesentlichen Befund: Starke Hypertrophie des Herzens. Klappenapparat intakt. Oben unter der Mitrals, auf der hinteren Wand des linken Ventrikels Endokard in mäßiger Ausdehnung, weißlich getrübt und teilweise schwielig verdickt. Am Herzmuskel keine degenerativen oder interstitiellen Veränderungen. Sehr starke Vergrößerung der rechtsseitigen Bronchialdrüsen, geringere der linksseitigen. Starke derbe Schwellung der Tonsillen. Starke Hypertrophie sämtlicher Darmfollikel und mesenterialen Drüsen. Derbe Leber mit leichter Fettdegeneration und Infiltration. Sehr starke derbe Schwellung der Milz, besonders der Follikel. Derbe Nieren mit frischer interstitieller Wucherung. Schwellung der Hoden. Hypertrophie des Gehirns.

An diesem Befund ist wohl besonders bemerkenswert die erhebliche Hypertrophie des Herzens, die hochgradige Schwellung der Bronchialdrüsen und die allgemeine Hyperplasie des lymphatischen Apparates. Eine völlig ausreichende Erklärung für die im Leben

beobachteten Erscheinungen, wie den plötzlichen Tod, gibt er uns nicht.

Unser Fall entspricht ganz dem Krankheitsbilde, welches Charcot einst mit dem Namen „*Pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*“ belegte, den Huchard später durch den der Stokes-Adams'schen Krankheit ersetzte.

In der Literatur findet sich, soweit ich ersehen konnte, nur 1 Fall, der, ebenfalls aus jugendlichem Alter stammend, unserem an die Seite zu stellen wäre, von Schuster unter dem Titel „Zur kardialen Bradykardie“ (Deutsche med. Wochenschrift 1896, Nr. 60) veröffentlicht. Derselbe zeigt nicht den vollen Typus der Stokes-Adams'schen Krankheit und endete nicht letal.

Die interessante Krankengeschichte ist kurz folgende. Ein bisher gesundes, blühendes Kind von 4 Jahren erkrankt am 22. Juli 1893 an akutem Gelenkrheumatismus, nach dessen Ablauf am 4. Juli ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und eine mäßige Dilatation des linken Ventrikels konstatiert wurde. Ende Juli, etwa 5 Wochen nach Beginn des akuten Gelenkrheumatismus, traten eigentümliche Anfälle auf, welche sich mit auffallender Regelmäßigkeit abends, wenn das Kind einige Stunden geschlafen hatte, wiederholten. Der Puls, welcher klein und arrhythmisch wurde, sank in seiner Frequenz ganz erheblich, die Temperatur ebenfalls, die Atmung wurde langsamer, unregelmäßig und zeigte oft das Cheyne-Stokes'sche Phänomen. Der Puls sank bis 35, die Respiration bis 10, die Temperatur bis 35.6° in der Axilla. Während der Anfälle wurde das Kind sehr unruhig, starke Schweißproduktion trat auf; dabei Zeichen hochgradiger Schwäche, so daß der Exitus befürchtet wurde. Excitantien nützten nichts. Der einzelne Anfall dauerte 1 bis 3 Stunden, verging allmählich und war von ruhigem Schlaf gefolgt. Am nächsten Morgen erwachte das Kind frisch und munter, spielte im Bett, zeigte keine Schwäche, verlangte aber nicht aufzustehen. Die Pulszahl stimmte mit der der Herzkontraktionen überein. 3 Wochen lang kehrten die Anfälle jeden Abend wieder, ließen allmählich an Intensität und Häufigkeit nach. In den nächsten Monaten traten dieselben noch 3mal für kürzere Zeit auf, und verloren sich dann gänzlich. Schuster nimmt an, daß eine infektiöse Myokarditis vorgelegen habe, eine Erklärung für die regelmäßig auftretenden Anfälle kann er nicht geben.

Der mitgeteilte Fall gehört zur Kategorie derjenigen Fälle von Adams-Stokes'scher¹⁾ Krankheit, bei welchen die Pulsverlangsamung nur anfallsweise auftritt und welche Huchard besonders veranlaßten, die von Charcot eingeführte, oben erwähnte Benennung aufzugeben. Huchard hatte die Ursache des Leidens in Arteriosklerose, und speziell einer solchen der Coronararterien und der Gefäße der Medulla oblongata gesucht, die weiteren Beobachtungen haben aber längst ergeben, daß sehr verschiedenartige Herzaffektionen, Fettherz, Arterioskleroseherz, allein oder in Verbindung mit Sklerose der Karotiden, Dural- und Oblongatagefäße, Coronarsklerose; Myokarditis und einfache, nur mit Anämie zusammenhängende funktionelle Störungen im Herzmuskel (Fall von Hoffmann); weiter Urämie und die verschiedensten Läsionen des Vagus und der Medulla oblongata den keiner bestimmten Grundkrankheit entsprechenden Symptomenkomplex hervorrufen können.

¹⁾ Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit. Arch. f. klin. Medizin, Bd. 64, pag. 323.

In unserem Falle wird man bei dem Mangel eines genügenden Befundes am Herzen am ehesten an eine Vaguskompression durch die doppelseitigen Bronchialdrüsentumoren als Krankheitsursache denken können. Es ähnelt der Fall einem von Stackler (*Revue de med.* 1882, II., pag. 104) mitgeteilten, bei welchem infolge der Vaguskompression permanent langsamer Puls und epileptiforme und Ohnmachtsanfälle bestanden. Stackler beschreibt die Symptome mit den Worten: „Puls excessiv langsam und unregelmäßig, 40 pro Minute; einer Pulsation scheinen 2 Herzkontraktionen zu entsprechen; die erste ist stark, die zweite sehr schwach, sich nicht auf den Puls fortsetzend, dann kommt eine lange Pause.“ Riegel hat in seiner Arbeit über Bradycardie (*Zeitschrift f. klin. Med.*, XVII., S. 220) diesen Worten hinzugefügt, es könne keinem Zweifel unterliegen, daß es sich um diejenige Form der Allorhythmie, die man als Bigeminie bezeichne, gehandelt habe.

Daß Erkrankungen des Vagus, resp. doppelseitige Kompression des Vagus Ohnmacht und zeitweiligen Herzstillstand machen können, ist schon bekannt aus dem Fall von Heine (*Müllers Archiv* 1841, Die organische Ursache der Herzbewegungen) und dem Experiment von Thalhoffers Schüler (*Zentralbl. f. d. med. Wissensch.* 1875, S. 405), der durch Kompression beider Vagi am Hals mit der eigenen Hand einen Herzstillstand mit Bewußtseinsstörung hervorrief.

Wenkebach (*Zeitschr. f. klin. M.*, Bd. 37, S. 482) denkt sich die Beteiligung des N. vagus an den Herzsymptomen des Adams-Stokes'schen Symptomenkomplexes in der Art, daß eine starke Vagusreizung und eine dadurch bedingte partielle Aufhebung des Leitungsvermögens bei der starken allgemeinen Abnahme des Leitungsvermögens des Herzmuskels, die bei dem Adams-Stokes'schen Symptomenkomplex vorliege, eine Rolle spielen könne.

Gaskell und Engelmann haben gezeigt, daß Vagusreizung die Größe des Leitungsvermögens des Herzmuskels vermindert und leicht Allorhythmie hervorrufen kann. Wodurch in unserem Fall die starke Hypertrophie des Herzens entstanden ist, muß zweifelhaft erscheinen. Symptome von Kompression großer Gefäße waren während des Lebens nicht vorhanden. Ob eine länger dauernde Vagusreizung Herzhypertrophie zur Folge haben kann, ist mir nicht bekannt.

Der Status lymphaticus, welcher im übrigen bei dem Kinde bestand, hatte mit dem Adams-Stokes'schen Symptomenkomplex wohl nichts zu tun.

Leider konnten wir keinen der Ohnmachts- und Krampfanfälle bei unserem Patienten selbst beobachten. Doch ist nach Analogie anderer Fälle von Adams-Stokes'schem Symptomenkomplex sicher anzunehmen, daß die Pulszahl während der Anfälle noch weiter erheblich sank. Die damit einhergehende plötzliche Anämie des Gehirns und besonders der Medulla oblongata führte die Ohnmacht, resp. die Krämpfe herbei. Der letzte derartige Anfall, die voll entwickelt stets höchst lebensgefährlich sind, endete mit dem Tod.

Der Spitzenstoß war in unserem Fall zeitweise ausgesprochen doppelt und bot auch in dieser Beziehung ein dem Fall von Stackler ähnliches Verhalten. Leider liegen indessen keine brauchbaren Kardiogramme und Pulskurven vor, so daß ein bestimmtes Urteil über die Art der Herzstörung nicht gefällt werden kann; die Frage, ob Hemisystolie oder Bigeminie, bleibt offen. Nach dem Gefühlseindruck würde man sich für letztere entscheiden müssen.

Schließlich dürfte noch die diagnostische Schwierigkeit, welche der Fall zunächst machen mußte, zu erwähnen sein. Sicher lag es zuerst am nächsten, an eine cerebrale Erkrankung in Verbindung mit Tuberkulose zu denken; die hochgradige Pulsverlangsamung ohne erklärenden Herzbefund, die intensiven Kopfschmerzen, der Krampfanfall, die leichte Benommenheit wiesen auf Meningitis tub. Die Lumbalpunktion ergab indessen keine Bestätigung dieser Diagnose. Ein Hirntumor, ein Hydrocephalus war auch diagnostisch heranzuziehen, doch sprach gegen diese Möglichkeiten ebenfalls das Resultat der Lumbalpunktion, wie der negative ophthalmoskopische Befund.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.

Cardiospasmus, vermutlich hysterischer Natur, bei einem 2jährigen Kinde.

Von **Dr. Walther Freund**, Assistenten der Klinik.

(Der Redaktion zugegangen am 21. März 1903.)

Cardiospasmus, der Krampf der Ringmuskulatur der Cardia, ist seit den ersten Veröffentlichungen über diesen Gegenstand von Strümpell, Mikulicz, Leichtenstern, Rosenheim u. a. in einer allmählich wachsenden Zahl von Fällen bei Erwachsenen beobachtet worden. Ueber das Vorkommen der merkwürdigen Affektion im frühen Kindesalter finde ich nur eine Angabe bei Gottstein,¹⁾ die einen Knaben von 4 Jahren betrifft und vom Verf. wegen des jugendlichen Alters des Pat. als Unikum hingestellt wird. Dieser Knabe litt an anfallsweise bei sonst völligem Wohlbefinden auftretenden Schlingstörungen, die sich in sofortigem Erbrechen ganz kleiner Mengen aufgenommener flüssiger wie fester Nahrung äußerten. Das Einführen von weichen Magensonden gelang bisweilen gar nicht, bisweilen erst nach Ueberwindung des an der Cardia sich geltend machenden Widerstandes mittels harter Sonde, desgleichen auch in der Narkose; dementsprechend zeigte die Ösophagoskopische Untersuchung die Cardia völlig normal, aber geschlossen, die Schleimhaut in regelmäßige Falten gelegt, so daß auch das Vorschieben des Oesophagoscops in den Magen ohne Narkose nicht gelang.

¹⁾ Technik und Klinik der Oesophagoskopie. Jena 1901.

Vor etwa einem Jahre nun hatte ich in der Breslauer Kinderklinik Gelegenheit, bei einem Kinde von nur wenig über 2 Jahren ein eigentümliches Krankheitsbild zu beobachten, dessen Züge die Annahme eines Cardiospasmus rechtfertigten. Abgesehen von der Seltenheit dieser Affektion überhaupt, besonders im Hinblick auf das außerordentlich jugendliche Alter des Pat. ist es noch ein weiterer Umstand, der mir diese Beobachtung mitteilenswert erscheinen läßt. Wie aus den unten folgenden Einzelheiten des Krankheitsverlaufes hervorgeht, ist es kaum anders möglich, als die Ursache der Affektion in unserem Falle in das Gebiet der Hysterie zu verlegen. Obgleich es wohl als genügend gesicherte Tatsache gelten darf, daß die Hysterie in gewissen Erscheinungsformen bereits in früher Kindheit anzutreffen ist, so liegt doch ganz gewiß das Alter von 2 Jahren der unteren bisher beobachteten Altersgrenze so nahe, daß unser Fall, über dessen Verlauf ich nunmehr berichten will, auch deshalb aus dem Rahmen des Alltäglichen heraustritt.

Am 13. Dezember 1901 wurde Max N., 2 $\frac{1}{4}$ Jahre alt, der Poliklinik zugeführt. Die Anamnese ergab folgendes: Einziges Kind. Im ersten Lebensjahre zunächst bis zum 4. Monat bei Ernährung an der Mutterbrust gesund. Dann abgestillt. Bei Milch mit Haferschleim chronisches Erbrechen, welches nach mehrfacher fruchtloser ärztlicher Behandlung bei Vollmilchernährung an Intensität abnahm, ohne indessen ganz zu verschwinden. Die tägliche Milchmenge wurde anscheinend um die Wende des 1. Lebensjahres stark gesteigert, besonders, da Versuche, das Kind an feste breiige Nahrung zu gewöhnen, stets wegen Erbrechens wieder eingestellt werden mußten. Aber auch bei fortgesetzter Vollmilchernährung brach das Kind täglich mindestens einmal, zeitweilig aber weit häufiger, ja öfters bei jedem Schluck, so daß die Mutter, in der Meinung, das Kind behielte gar nichts von dem Getrunkenen bei sich, nach jedem Erbrechen von neuem Milch anbot und so schließlich bis zu einem täglichen Milchverbrauch von circa 3 Litern gelangte, von denen ihrer Überzeugung nach der weitaus größte Teil erbrochen wurde. Diese Erscheinungen dauerten in wechselnder Intensität das zweite ganze Lebensjahr hindurch fort und haben zur Zeit wieder einmal einen Höhepunkt erreicht. Der Stuhl ist regelmäßig, bisweilen soll Obstipation bestehen.

Während dieser Erzählung der Mutter ist das Kind kaum zu beruhigen. Es schreit unausgesetzt gierig nach einer auf der Erde stehenden gefüllten Milchflasche mit Saugpfropfen (2 $\frac{1}{4}$ Jahre alt!). Schließlich gibt ihm die Mutter die Flasche, es saugt hastig, hält aber sofort inne, wendet den Kopf zur Mutter hin; diese steht schon mit einem Tuch bereit, in das das Kind ohne Anstrengung, wie selbstverständlich, erbricht; es nimmt den nächsten Schluck, bricht wieder, setzt von neuem die Flasche an, man sieht es schlucken, sofort wieder erbrechen, es trinkt und bricht abermals, trinkt und bricht weiter; das Wechselspiel dauert etwa eine halbe Stunde und wird nur dadurch unterbrochen, daß der mitgebrachte Milchvorrat erschöpft ist, worauf das Kind mit kolossalem Geschrei nach weiteren Mengen verlangt. Zu Hause füllt das geschilderte Schauspiel angeblich fast den ganzen Tag, mit Ausnahme der Stunden, in denen das Kind schläft, nur mit dem Unterschiede, daß es gleich morgens zu Beginn des Tageswerkes an den Eimer tritt, um in diesen zu erbrechen; dorthin schafft auch die Mutter immer den Milchvorrat und überläßt das Kind dann vielfach sich selbst.

Es handelt sich um ein mageres, aber muskelkräftiges Kind mit guten Farben. Das Körpergewicht beträgt 8350 g. Ueber den Nervenstatus ist nichts Besonderes zu bemerken, wohl aber über die Psyche des Kindes. Dasselbe ist nämlich ungewöhnlich ungeberdig und verzogen,

schlägt die Mutter, die bereits auf jede Autorität gegenüber ihrem einzigen, kranken Kinde verzichtet hat und geradezu von demselben tyrannisiert wird. So ist es ihr beispielweise nie gelungen, dem Kinde das Trinken mittels Saugpfropfen abzugewöhnen, ebenso wenig konnte sie das Kind zur Sauberkeit erziehen, so daß es — obwohl sicher von normaler Intelligenz — doch noch jetzt, im dritten Lebensjahre, eine Enuresis zeigt. Auch das fortwährende Darreichen von Milch wird von dem Kinde so gebieterisch verlangt, daß die Mutter nie auf den Gedanken gekommen wäre, dieses Regime zu ändern.

Der oben geschilderte eigentümliche Modus der Nahrungsaufnahme wurde uns am Nachmittage noch einmal in genau derselben Weise vorgeführt, als das Kind von Herrn Prof. Czerny klinisch vorgestellt wurde und im Auditorium eine volle halbe Stunde lang Milch schluckte und erbrach. Unmittelbar darauf wurde eine Sondenuntersuchung vorgenommen, die ein sehr bemerkenswertes Ergebnis hatte: Es blieben nämlich Magensonden der verschiedensten Dicke und Härte 18 cm hinter der Zahnreihe, also entsprechend der Cardia, stecken. Wir leiteten nun die Behandlung ein: Vollständiges Weglassen der Milch, bis morgen nur Tee, morgen 2 Mahlzeiten Haferschleim, im ganzen nicht mehr als 5malige Flüssigkeitsaufnahme pro Tag.

15. Dezember (2 Tage später) Körpergewicht 8800 g! Nach Tee wurde nicht erbrochen, gestern selbst nicht nach Aufnahme zweier voller Trinkflaschen hintereinander. Dagegen trat aber Erbrechen bei den Haferschleimahlzeiten auf. Hier trinkt das Kind ohne alle Störung 50–100 g Vollmilch. (Eine größere Menge wird nicht verabfolgt, da 1½ Stunden zuvor eine ganze Flasche Tee aufgenommen wurde.)

Weitere Ernährung: 3 Mahlzeiten Vollmilch à 125 g, 2 Zwischenmahlzeiten Tee.

17. Dezember. Körpergewicht 8700 g, Nahrungsaufnahme wie vorgeschrieben, stets ohne Erbrechen. Das Kind ist den ganzen Tag ruhig, schläft viel. Der Heißhunger hat sich gelegt. Das Trinken geschieht ruhig; außerhalb der 5 Mahlzeiten wird nicht nach der Flasche verlangt. Gestern einmal Stuhl.

22. Dezember. Körpergewicht 9150 g. Trank inzwischen 3mal täglich ¼ Liter Milch, dazwischen 2mal ebensoviel Thee. Nie wieder Erbrechen, zweimal täglich Stuhl.

Das Kind trinkt jetzt auch aus der Tasse. Hier wird eine gehäufte Schüssel Griesbrei — die erste feste Nahrung — mit dem Ausdrucke großen Behagens im Handumdrehen verzehrt.

Die Mutter ist starr vor Staunen, da sie soeben noch mit aller Ueberzeugungstreue versichert hatte, das Kind könne überhaupt unmöglich feste Nahrung zu sich nehmen. Dieses sieht entsprechend der Körpergewichtszunahme von 800 g in 9 Tagen erheblich besser aus, ist auch bereits etwas zutraulicher und — wenigstens dem Arzte gegenüber — folgsamer geworden.

Weitere Ernährung: Frühstück und Vesper je ¼ Liter Milch. Mittags: Essen (Gries, Reis, Gemüse). Abends: Suppe (Mehl, Einlauf, Semmel und Brot).

24. Dezember. Körpergewicht 9450 g. Bei dieser Kost keine Beschwerden. Alles wird gut genommen, nie erbrochen.

29. Dezember. Körpergewicht 8650! Seit 3 Tagen Rezidiv. Die Mutter behandelte selbständig, ließ die festen und breiigen Speisen fort, „weil das Kind sie nicht wollte“, gab früh nur Tee, weil angeblich um diese Zeit Milch erbrochen wird („Abends verträgt er Milch, früh kann er keine trinken“). Das Kind wird zur Nahrungsaufnahme wieder bestellt, erscheint am

31. Dezember, und ißt hier wiederum eine große Schüssel derben Gries, ohne zu erbrechen.

Nunmehr folgt ein rezidivfreier, ungestörter weiterer Verlauf.

25. Februar 1902. Körpergewicht 9750 g. Dementsprechend prächtiges Aussehen. Das Kind hat inzwischen stets in normaler Weise gegessen und getrunken (Familienkost).

27. März. Status idem.

Wenn ich nunmehr zur Deutung des eben berichteten Krankheitsfalles übergehe, so handelte es sich — um das Wesentliche noch einmal kurz zusammenzufassen — um ein habituelles Erbrechen von ganz eigener Art, von einem gewöhnlichen Magen-erbrechen sich wohl unterscheidend, stets während der Nahrungsaufnahme erfolgend, so daß jeder Schluck unmittelbar nach dem Beginn des Schluckaktes ganz oder gewiß zum größten Teil erbrochen wurde; es bestand ferner eine Undurchgängigkeit der Cardia für Sonden verschiedenster Art, so daß die Vermutung eines Passagehindernisses oberhalb des Magens, die sich jedem Beobachter infolge der Eigenart des bestehenden Erbrechens sofort aufdrängte, hierdurch zur Sicherheit wurde. Der weitere Verlauf, das völlige Verschwinden aller Schlingstörungen, ist nun anderseits, auch ohne daß nach erfolgter Dauerheilung eine neue Sondierung vorgenommen wurde, Beweis genug, daß das früher festgestellte Passagehindernis nur ein vorübergehendes, funktionelles gewesen war. So bleibt m. E. keine andere Annahme zur Erklärung des Krankheitsbildes übrig, als die eines Cardiospasmus.

Was können wir uns nun für Vorstellungen über das Zustandekommen und das Verschwinden dieser Affektion bei unserem Pat. machen? Dieselben gehen am besten von einer Betrachtung der Wirkungsweise unserer erfolgreichen Therapie aus. Wenn man bedenkt, daß die monatelang bestehenden schweren Erscheinungen mit einem Schlage aufhörten, u. zw. nur durch den Versuch einer Magensondierung, durch 2 tägliches Aussetzen der Milch (darnach wurde sofort wieder zur ausschließlichen Milchdiät zurückgekehrt) und durch Gewinnung eines moralischen Einflusses auf die Mutter, so ist der hier eingetretene prompte Effekt kaum anders zu verstehen, als mittelst der Annahme, daß es sich um die suggestive Beseitigung eines hysterischen Symptoms gehandelt hat.

Die Beobachtungen an Erwachsenen haben bisher noch keinen völligen Aufschluß über die Grundursachen des Cardiospasmus gebracht; so viel geht aber aus den meisten Krankengeschichten hervor, daß psychische Einflüsse sicher dabei vielfach eine erhebliche Rolle spielen. Es wäre daher ganz wohl verständlich, daß auch bei unserem Knaben etwas Derartiges vorläge. Sein psychisches Verhalten, insbesondere im Verkehr mit den Eltern, die Art der letzteren in der Behandlung dieses ihres einzigen Kindes,¹⁾ ihr unermüdetes Interesse und ihre Polypragmasie gegenüber dem Leiden des Kindes, wobei sie natürlich von einer Fülle naiver Vorstellungen über die Körperlichkeit desselben beherrscht werden, anderseits ihre völlige Unfähigkeit, dies Kind zu erziehen, ihm eine Autorität zu sein — alles dieses bildet zusammen ein Milieu, wie wir es als den Boden hysterischer Erscheinungen im Kindesalter gut kennen. Des Bestehens eines Symptomes, das wir zur Hysterie zu zählen berechtigt sind, nämlich einer zeitweilig auf-

¹⁾ Vergl. Czerny, Kinder neuropathischer Eltern. Deutsche Aerztezeitung 1901, Heft 10.

tretenden Enuresis bei unserem Pat., wurde oben Erwähnung getan. Dies würde in den Rahmen, in dem ich mir die Entstehung jenes anderen Symptoms vorstelle, gut hineinpassen.

Immerhin stehe ich nicht an, zuzugeben, daß ich diese Deutung zwar für überaus wahrscheinlich, allein doch nicht für völlig einwandfrei halte. Denkbar wäre es wenigstens, daß durch das Aussetzen der Milch, das Aendern des Regimes (Nahrungspausen) eine plötzliche so tiefgehende Umstimmung im Chemismus der Magenverdauung eingetreten wäre, daß hierdurch ein uns unbekannter, etwa in dieser letzteren gelegener Reiz zum krampfhaften Cardiaverschluß auf einmal in Wegfall gekommen sei.

Diese Annahme hat indessen sehr wenig für sich.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

M. Ch. Fééré. *Note relative aux réactions du fœtus aux émotions de la mère.* (Compt. rend. soc. biol. 1903, Nr. 2.)

Verf. erzählt folgende — etwas fragwürdig scheinende — Geschichte: Eine seit 6 Monaten schwangere Frau war sich ihrer Gravidität unbewußt. Sie menstruierte nämlich regelmäßig, wie sie es schon während einer früheren Gravidität und wie es auch ihre Mutter stets getan hatte. Durch den Anblick eines Fenstersturzes in nächster Nähe wurde sie hochgradig erschreckt und bemerkte in demselben Momente eine Reihe von Stößen im Unterleibe, die sie als Kindesbewegungen erkannte. Das rechtzeitig und scheinbar gesund geborene Kind zeigte alsbald schwere nervöse Störungen und wurde Epileptiker. Verf. sieht in dem Erlebniße den Beweis, daß psychische Erregung der schwangeren Mutter durch bruske Schwankungen des intrauterinen Druckes — wie er meint — auf den Fötus momentane und nachwirkende Schädigungen ausüben könne.

Pfaundler (Graz).

Julius Herzberg. *Sind in der Mundhöhle mit Ammenmilch ernährter Säuglinge Streptokokken vorhanden?* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 1.)

Die seit Jahren von den verschiedensten Autoren bearbeitete Frage über das Vorkommen von Streptokokken in gesunder Mundhöhle hat Herzberg an 10 gesunden Säuglingen geprüft und in allen Fällen durch Kulturverfahren als positiv bestätigt gefunden.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Fr. Kraus. *Zur Sauerstofftherapie.* (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 1.)

Verf. unterzieht auf Grund experimenteller und klinischer Erfahrung die Sauerstofftherapie einer eingehenden Kritik und läßt

hauptsächlich nur eine Indikation für dieselbe gelten, nämlich die Stenosierung der Luftwege. Bartenstein (Breslau).

Hecht. *Ueber Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten.* (Jahrb. f. Kinderkrankh. 57. Band, Heft 2, S. 204.)

Beobachtungen an 18 meist sehr schwer kranken Kindern (14 Fälle von Larynxstenose, 4 Bronchopneumonien, 1 Chloroformintoxikation, 1 postdiphtheritische Herzschwäche). Die vorhandene Dyspnoë besserte sich nie, nur die Cyanose schien geringer zu werden. Dagegen will Verf. einen günstigen Einblick der Sauerstofftherapie auf die Frequenz und die Spannung des Pulses bemerkt haben; er hält daher die Sauerstoffinhalationen stets dann für indiziert, „wenn sich der Nachlaß der Herzkraft durch Tachykardie kundgibt“. Ref. findet in den mitgeteilten Beobachtungen keine genügende Begründung für diese Schlußfolgerung. Die mit den Sauerstoffinhalationen gleichzeitig auftretenden Veränderungen der Pulsfrequenz sind sehr gering, ungleichartig und auch durchaus nicht in allen Fällen zu konstatieren. Der Modus der Pulszählung wird nicht mitgeteilt. Ebensowenig läßt die durch Palpation der Radialarterie hin und wieder konstatierte Veränderung der Qualität des Pulses so günstige Schlußfolgerungen für eine Therapie zu, deren Effekt sonst in keiner Weise deutlich wird.

R. Weigert (Breslau).

C. S. Engel. *Ueber die Anwendung der Schultze'schen Schwingungen bei Bronchiolitis und katarrhalischer Pneumonie junger Kinder.* (Deutsche medizinische Wochenschrift 1903, Nr. 9.)

In verzweifelten Fällen, in denen die übliche Therapie (Expektoranten, Kampher, kaltes Wasser etc.) versagte, haben sich die Schultze'schen Schwingungen als „lebensrettend“ bewährt, die Engel 3 mal hintereinander in je 10 ausgiebigen Schwingungen — mit Pausen von je 5 Minuten — ausführte und im Laufe der nächsten Stunden, bis die dringendste Gefahr vorbei war, wiederholte. Diesen „letzten Versuch, Luft in die kranken Lungen junger Kinder hineinzupressen“, kann Verf. nur empfehlen.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Gnezda. *Ueber Salocreol.* (Deutsche Aerzte-Zeitung 1903, Heft IV., S. 37.)

Verf. will mit Salocreol, einem aus Kreosot und Salizylsäure hergestellten Präparate, in der v. Leyden'schen Klinik bei rheumatischen Infektionen, Erysipel und Lymphadenitis so gute Erfolge erzielt haben, daß er glaubt, es empfehlen zu müssen. In den mitgeteilten Fällen ist jedoch ein günstiger Einfluß auf den Verlauf der behandelten Affektionen nicht ohne weiteres zugeben. Hier- von ist nur der letzte Fall auszunehmen, bei dem seit 20 Jahren bestehende chronische Lymphdrüsenanschwellungen in wenigen Tagen unter Salocreol zurückgegangen sein sollen. Da es sich aber nur um „einen“ Fall handelt, so werden die in Aussicht gestellten

ausführlichen Mitteilungen abzuwarten sein, ehe die günstige Beurteilung des Präparates geteilt werden kann.

R. Weigert (Breslau).

v. Noorden. *Ueber Chinaphenin.* (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 1.)

Chinaphenin, eine chemische Verbindung von Chinin und Phenacetin, wird bei Keuchhusten empfohlen. Die Dosis beträgt für Säuglinge dreimal täglich 0.15 bis 0.20 g, bei älteren Kindern dreimal 0.2 bis 0.3 g. Das Mittel soll wie das Aristochin völlig geschmacklos sein.

Bartenstein (Breslau).

A. Rahn. *Ueber Bromipinklystiere in der Kinderpraxis.* (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 1.)

„Bromipin Merck“ scheint dem Verf. das Non plus ultra des Arzneischatzes zu bedeuten. Zur Erheiterung diene folgender Passus: „Bei Atrophie der Säuglinge, bei den gleich von Haus aus zurückgebliebenen, oder durch Schweizermilch, oder Kindermehl, oder durch Ueberfütterung und Nahrungsüberstürzung, oder durch Trinken im Galopprrhythmus abgemagerten Kindlein, den Voltaire-Ebenbildern, da klagen die Mütter fast ausnahmslos über das wehleidige Wimmern, über das ‚erbarmungswürdige‘ Schreien, das Tag und Nacht sie verfolgt. Bromipin ist hier ein zuverlässiges Sedativum, ein Tonikum und auch ein Nutriens; mir wenigstens hat es drei ganz kümmerliche Säuglinge zum Stolz der vorher fast ‚verlegenen‘ Eltern groß ziehen helfen, die Eltern konnten sich mit ihren Kindchen getrost überall wieder sehen lassen. In einem vierten Falle von Pädatrie bei einem nach 20 jähriger Pause nachgekommenen Kinde, da gehörte allerdings alle Ueberzeugungskraft des Hausarztes dazu, das Vertrauen zu Bromipin zu erhalten, denn das Schreien und das Wimmern und das Stuhlen in jede Windel wollte gar nicht erst nachlassen; aber die Geduld der Eltern machte sich belohnt, vom 12. Tage ab wurde das Kind ruhig, es nahm die beiläufig gar nicht geänderte Nahrung und war fortan lebhaft und gleichgelaunt.“

Bartenstein (Breslau).

Ostrowsky. *Tannoform bei Intertrigo kleiner Kinder.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 2.)

Verf. hat Tannoform als Puder mit Amylum aa. oder als 10%ige Vaselinsalbe bei Intertrigo mit Erfolg angewendet, bei innerlicher Behandlung von Darmkatarrhen hat er keine Heilung erzielt.

Libin (St. Petersburg).

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung; Schule.

B. Buxbaum. *Ueber die Abhärtung.* (Die Krankenpflege. II. Jahrg., 1902 bis 1903, 5. Heft, Seite 396.)

Die Ausführungen Buxbaums bezwecken einerseits, gegen die Uebertreibungen in dieser Richtung anzukämpfen und ander-

seits die Gesichtspunkte und Prinzipien festzustellen, die sich ihm und anderen stets bewährt haben und die als Grundlage für eine vernünftige Abhärtung gelten können. Es sind folgende:

Die Abhärtung muß streng individualisierend vorgenommen werden.

Das Alter anlangend, dürfen Säuglinge und Greise dem üblichen Abhärtungsverfahren nicht unterzogen, hier muß Schonung in den Vordergrund gestellt werden. Man beginne die Abhärtung nach vollendetem ersten Jahr, vermeide aber, wie überhaupt im Kindesalter, zu niedrige Temperaturen und beachte, daß die Anwendung eines warmen Bades kein Abhärtungsverfahren darstellt. Es ist deshalb ein Irrtum, ein Abhärtungsverfahren in der Weise einzuleiten, daß man durch einige Zeit ein warmes Bad gibt, nach einigen Tagen mit der Temperatur des Wassers herabgeht, bis etwa zur untersten Grenze der Erträglichkeit. Sowie die Absicht besteht, die Abhärtung vorzunehmen, muß sofort mit thermischen Kontrasten begonnen werden; eine Temperaturdifferenz von einigen Graden genügt vollkommen, um eine Reaktion zu erzielen, deren Auftreten ist jedoch unerläßlich! Häufig genügt es zur Erzeugung des notwendigen mechanischen Reizes, eine trockene Frottierung der Haut vorzunehmen, darauf eine kurze nicht zu niedrig temperierte Prozedur, wodurch zumeist gute Reaktionsverhältnisse geschaffen werden. Die Dauer der Prozeduren sei überhaupt möglichst kurz. Die Zahl der täglich vorzunehmenden Applikationen anlangend, ist Buxbaum entschieden der Ansicht, daß ein einmaliges, u. zw. des Morgens vorgenommenes, Verfahren am geeignetsten ist, und spricht die Ueberzeugung aus, daß die abendlichen Prozeduren namentlich bei Kindern jene schädlichen Folgen bewirken, welche die Abhärtung bei so vielen Aerzten und Laien in Mißkredit gebracht haben.

Entgegen der gangbaren Unterscheidung zwischen milder und strenger Abhärtung im Kindesalter betont Buxbaum nochmals, daß es nur ein streng individualisierendes Verfahren gibt. Die mildeste Prozedur kann für gewisse Kinder ein äußerst strenges Verfahren darstellen und auch für ein und dasselbe Kind ein und dasselbe Verfahren unter verschiedenen Umständen einmal als zu mild, ein anderesmal als zu streng erweisen, wie es häufig beobachtet wird.

Abhärtung im Stadium der Rekonvaleszenz, die bei Kindern beispielsweise nach kaum überstandenen Masern, Pneumonie etc. mit einem unerklärlichen Fanatismus vorgenommen wird, bezeichnet Buxbaum als Uebertreibungen, deren üble Folgen selten ausbleiben.

Abhärtung nach Thermalkuren sind in allen Fällen dringend angezeigt, doch soll im Anschlusse an eine Thermalkur vorerst ein tonisierendes Verfahren folgen. Unger (Wien).

W. Krebs. *Zur Frage der Abhärtung.* (Berliner klinische Wochenschrift. 40. Jahrgang, Nr. 7.)

S. Baum. *Zur Abhärtung mittelst hydratischer Prozeduren.* (Blätter für klinische Hydrotherapie 1903. 13. Band, Nr. 2.)

Heckers Vortrag in Karlsbad (siehe Referat dieser Monatsschrift, 1. Bd., S. 122) und Aufsatz in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1902, Nr. 46, werden in den vorliegenden Arbeiten erörtert. Krebs sagt gegenüber Hecker, welcher jedes bestimmte Abhärtungsschema verwirft, daß jeder Kur, also auch einer Abhärtungskur, ein System zugrunde gelegt werden müsse.

Selbst wenn man Hecker zugeben wollte, daß abgehärtete Kinder empfänglicher für Erkältungskrankheiten sind als nicht abgehärtete, so sind nach Krebs zwei Einwände nicht berücksichtigt: 1. die Abhärtung wird in sehr vielen Fällen erst dann mit Nachdruck begonnen, wenn Erkältungskrankheiten vorangegangen sind, die abgehärteten Kinder seien also möglicherweise nicht wegen, sondern trotz der Abhärtung anfälliger. 2. Werden die Eltern im Vertrauen auf die Abhärtung geneigt sein, ihre „abgehärteten“ Kinder den Unbilden der Witterung und damit den Gefahren der Erkältung leichter auszusetzen, während die nicht abgehärteten verweichlicht werden.

Der erste Einwand ist nach Ansicht des Referenten gerechtfertigt, der zweite keineswegs. Denn Kinder, die nicht „abgehärtet“ werden, werden von den Eltern meist auch nicht „verweichlicht“.

Baum hebt hervor, daß der Grundsatz, Säuglinge seien unter allen Umständen warm zu halten, nur für die Zeit der Gesundheit als richtig bezeichnet werden darf. Bei der Bekämpfung der pathologischen Zustände des ersten Lebensjahres vermöge die Kühl- und Kaltwasserbehandlung das Erstannlichste zu leisten. Unangenehme Folgezustände der Abhärtungsprozeduren (Blutleere, Katarrhe der Verdauungs- und Atmungsorgane) werden nicht durch „das kalte Wasser“, sondern durch unrichtige Anwendung desselben veranlaßt.

Keller.

Wilbert. *Ueber den Einfluß der Rachenmandelhyperplasie auf die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder.* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 6.)

Verf. fand unter 375 Knaben $231 = 62\%$ mit hyperplastischen Rachenmandeln, davon $122 = 33\%$ mit krankhaften Erscheinungen; es fehlten also letztere in ungefähr der Hälfte aller Fälle von Hyperplasien. Hinsichtlich des Alters fanden sich vom 6. bis 11. Lebensjahre gleiche Prozentziffern, dann ein unvermittelter Abfall um 15% ; höchste und niedrigste Zahl für die krankhaften Erscheinungen zeigte eine Differenz von 20. Im 12. und 13. Lebensjahre nimmt sowohl die Zahl der Erkrankungen überhaupt, als auch der durch sie bedingten Schädigungen bedeutend ab. Von pathologischen Erscheinungen fanden sich nervöse Erkrankungen bei 5% , Hörstörungen bei 27% der Kinder, darunter bei 63 Fällen doppel- seitige, bei 40 Fällen einseitige. Bei 8% war die Hörfähigkeit für Flüstersprache von 0 bis 1 m, bei 14% von 1 bis 5 m herabgesetzt, chronische Mittelohreiterungen bei 1% . Verf. führt mehrere Fälle an

als Beweis für günstige Prognose bei rechtzeitiger Behandlung. Bezüglich der Schulverhältnisse fand Verf. Rachenmandelhyperplasie bei 85% der schlecht beanlagten und 77% der — teils durch schlechte Beanlagung, teils durch Faulheit und Unaufmerksamkeit — schwächlernenden Kinder, insgesamt nach Abzug anderweitiger Schädigungen bei 45 unter 65 schlecht lernenden. Zusammen mit den körperlichen Schädigungen (33%) ergibt sich also eine Zahl von 45% aller Schüler, die unter dem Einfluß der Hyperplasie leiden, 17% ohne Schädigung durch dieselbe.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Périer E. *Le surmenage infantile.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 1.)

Unter Hinweis auf die Verhältnisse an der polytechnischen Schule, an welcher die Schüler bis 13 Stunden täglich zu arbeiten haben, schildert Périer an einzelnen Beispielen des Unterrichtes die außerordentlichen Leistungen, welche von den Schülern verlangt werden. Er macht auf die großen Gefahren aufmerksam, welche durch die Ueberanstrengung der Schüler gerade in dieser Zeit ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung bedingt werden. Im Interesse der Schüler solle man ihnen daher die Sonntage und Donnerstage, ferner auch die Zeit ihres Urlaubes frei geben, damit sie sich von den Anstrengungen erholen können.

H. Brünnig (Leipzig).

Emerson. *Care of the Eyes in Schoolchildren.* (Die Augenpflege bei den Schulkindern.) (Amer. Medicine, 14. Februar 1903.)

Wenngleich hierzulande die Augen der Schuljugend sich im allgemeinen besserer Pflege erfreuen als in vielen anderen zivilisierten Ländern, so bleibt noch vieles zu leisten, speziell in Betracht der heutigen oft recht unvernünftigen Ueberarbeitung. Verf. empfiehlt zur allgemeinen Orientierung des Sehvermögens der Schüler die 4 folgenden Proben:

- I. Vermögen des Kindes, die Snellen'schen Typen zu lesen.
- II. Nachfragen wegen Ermüdung, resp. Schmerz der Augen oder Stirn nach der Schularbeit.
- III. Besteht chronische Entzündung der Bindehaut oder Lider?
- IV. Besteht Strabismus?

Wegen der Einfachheit wären diese Proben wohl leicht vom Lehrer ausführbar.

Wachenheim (New-York).

Ernährung und Stoffwechsel.

Jacobson. *De l'alimentation des nourrissons sains et dyspeptiques avec le babeurre.* (Archives de médecine des enfants. VI. Band, Seite 65.)

Verf. stellt in der Arbeit die wissenschaftlichen Untersuchungen und praktischen Erfahrungen, welche in den letzten

Jahren über Buttermilch als Säuglingsnahrung publiziert worden sind, zusammen, ohne etwas Neues hinzuzufügen. Seine eigenen Erfahrungen scheinen sich im wesentlichen auf die Beobachtung eines Kindes zu beschränken, dessen Leidensgeschichte nicht sowohl wegen des Ernährungserfolges, sondern vielmehr darum interessant ist, weil sie das ärztliche Vorgehen in vielen derartigen Fällen charakterisiert: Das Kind wird mit einem Gewicht von 3950 g geboren, vom 2. Lebenstage an von der Mutter in zwei-stündlichen Pausen gestillt: Ikterus, Magendarmstörungen. Drei-stündliche Ernährung, ohne daß die Erkrankung gebessert wird. Drei Konsiliarärzte. Anfang des 2. Lebensmonats zur Hälfte Kuhmilch; am nächsten Tage Amme; einige Tage später wird die Zahl der behandelnden Aerzte auf 6 vermehrt. Die Amme wird entlassen, die Mutter stillt wiederum. Nach einiger Zeit wieder eine neue Amme; bald darauf, nachdem die Mutter wieder in der Zwischenzeit gestillt hat, eine dritte Amme. Nestlé-Mehl, Kuhmilch u. s. w. u. s. w., bis schließlich im 4. Monat das Kind bei Buttermilch angelangt ist. Es ist kaum zu verfolgen, wie oft die Ernährung geändert, wie oft die Vorschriften der Ernährungstechnik gewechselt wurden: kurze, lange Pausen, beschränkte Nahrungsmenge, Wasser und Tee während der Mahlzeiten. Der Aufenthalt von Mutter, Ammen und Kind wechselt mehrfach zwischen Bukarest und Sinaia. Dazu alle möglichen Maßnahmen, wie Magen-, Darmausspülung, Wasserdiaät etc., reichliche Ausnützung des Arzneischatzes. Und doch hat das Kind mit 13 Monaten 10.6 kg Körpergewicht erreicht, ein Beweis, wie viel ein gesundes Kind gesunder Eltern vertragen kann.

Keller.

Mann. *The Feeding of Infants and Children. (Die Ernährung der Säuglinge und Kinder.)* (Amer. Medicine, 7. Februar 1903.)

Eine kurze Skizze der bekanntesten Maßregeln, ohne Neuigkeiten anzuführen.

Wachenheim (New-York).

Ladd. *Percentage Modification of Milk in Infant Feeding. (Die prozentuale Abänderung der Milch bei der Säuglingsernährung.)* (Boston Med. and Surg. Journ., 1. Jänner 1903.)

Ladd gibt umfangreiche, vielleicht etwas zu komplizierte Tabellen, die im ganzen recht gut der gewöhnlichen hiesigen Praxis entsprechen. Verf. befürwortet nach Monti bei der Milchezusammensetzung den Ersatz des Wassers durch die Molken.

Wachenheim (New-York).

Reed und Ward. *The Significance of the Presence of Streptococci in Market Milk. (Die Bedeutung der Gegenwart von Streptokokken in der Handelsmilch.)* (Amer. Medicine, 14. Februar 1903.)

Obleich virulente Streptokokken dem Euter einer gesunden Kuh entstammen können, ist doch im allgemeinen das Vorkommen dieser Keime auf eine Mastitis bei dem betreffenden Tiere zurückzuführen. Im Anfangsstadium einer mehr subakuten Mastitis wäre

die Erkrankung wohl zu übersehen, häufig aber käme zweifellos mangelnde Gewissenhaftigkeit des Melkers in Betracht.

Wachenheim (New-York).

L. Fürst. *Die Bedeutung der Lävulose für die Kinderdiätetik.* (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, VI. Bd., 11. Heft, 1903.)

Verf. hat bei 17 poliklinischen Pat. eine mehrwöchentliche Lävulose-„Behandlung“ durchgeführt. Angeblich bessert die Lävulose das objektive und subjektive Befinden durch Steigerung der Kohlen-säureproduktion, durch vollkommene Ausnutzung, Hebung des Stoffwechsels, Vermehrung des Fettansatzes. Auch soll sie in Verbindung mit einer sonstigen zweckentsprechenden Kost bei der Behandlung der Skrofulose „nicht wenig“ leisten.

Zur Charakterisierung der Beobachtungen sei darauf hingewiesen, daß nach des Ref. Untersuchungen Lävulose beim Kinde leichter im Harn erscheint, als Dextrose und Maltose, also den anderen Zuckerarten gegenüber im Nachteil ist.

Keller.

de Lange. *Zur Kasuistik der Phosphaturie im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 57. Bd., Heft 1.)

Ein im Hinblick auf das Fehlen jedweder quantitativen Urinuntersuchung wenig wertvoller Beitrag zu dieser Frage. Auch die Spekulationen über den Zusammenhang zwischen Helminthiasis und Phosphaturie erscheinen dem Ref. nicht sehr glücklich.

Freund (Breslau).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Pacchioni. *Beschreibung und Pathogenese der Veränderungen der chondralen Verknöcherung bei der Rhachitis.* (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 57. Bd., Nr. 1.)

Mikrochemische Untersuchungen bezüglich des Phosphorsäure- und Kalkgehaltes des sich verknöchernden Knorpels bei Rhachitis führen den Verf. zu dem Schlusse, daß nicht Knochenveränderungen entzündlicher Natur, sondern Stoffwechselstörungen des Knorpels (u. zw. der Knorpelzellen) die Rhachitis verursachen. Die Details müssen im Original nachgelesen werden, dessen Studium durch die nicht ganz einwandfreie Uebersetzung (aus dem Italienischen) allerdings ziemlich erschwert ist.

Steinitz (Breslau).

Rudolf Matzenauer: *Die Vererbung der Syphilis. — Ist eine paterne Vererbung erwiesen?* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 7.)

Bezüglich einer Vererbung von Seite der Mutter hält Autor die Uebertragung auf germinativem Wege durch das schon von Haus aus infizierte Ovulum für ausgeschlossen und die Uebertragung durch intrauterine Infektion auf placentarem Wege, wobei sowohl der mütterliche als auch der kindliche Anteil der Placenta erkrankt

sein kann, nicht nur für erwiesen, sondern für die Regel. Die Vererbung auf diesem Wege von Seite der syphilitischen Mutter ist nicht obligat, sondern fakultativ, die Placenta kann, aber muß nicht spezifisch erkrankt sein. Acquiriert die Frau intra graviditatem Syphilis, so ist die kindliche Syphilis umso schwerer, je früher die Infektion stattfand. Daß von einer am Ende der Gravidität infizierten Mutter Syphilis auf das Kind übergehen kann, ist bisher nicht erwiesen.

Die Intensität der kindlichen Heredosyphilis entspricht nicht immer der Intensität der mütterlichen Erkrankung, wie schon durch die ungleiche Widerstandskraft der als von einander intra graviditatem durchaus getrennt zu betrachtenden Organismen erklärlich ist. Der Kindesorganismus enthält weniger Schutzstoffe als der des Erwachsenen. Auch hängt die Intensität der Heredosyphilis von dem Zeitpunkt ab, an welchem eine Placentaerkrankung eine Fötuserkrankung verursacht; je früher dies der Fall ist, umso schwerer erkrankt der Fötus. — Mit zunehmendem Alter, d. h. abnehmender Intensität der mütterlichen Erkrankung, nimmt in der Regel die Intensität der Erbsyphilis ab, nicht etwa infolge Abschwächung der Bakterienvirulenz, denn diese würde ja durch Uebergang der Bakterien auf einen neuen Organismus (Nährboden) gesteigert werden, sondern weil bei rezenter, daher voll virulenter mütterlicher Syphilis eine Placentaerkrankung häufiger, frühzeitiger und rascher eintritt, als bei älterer und daher schon abgeschwächter mütterlicher Syphilis. Bei Bestehen der letzteren kommt es mitunter zu alternierender Vererbung der Krankheit; es kann nämlich zwischen zwei kranken Kindern ein gesundes, oder zwischen zwei schwer affizierten ein leichter erkranktes geboren werden. Die alternierende Vererbung kann auf den Einfluß einer Quecksilberbehandlung der Mutter zurückgeführt werden, sich aber auch ohne Therapie in Szene setzen.

Die bisher zugegebene Möglichkeit einer Vererbung auf germinativem Wege und speziell einer paternen Vererbung durch spermatische Infektion stellt Autor in Abrede, indem er die Beweise für dieselbe zu widerlegen und Gegenargumente geltend zu machen sucht. Das Hauptgewicht wird auf Beobachtungen gelegt, in denen bei Placentaluntersuchungen, trotz angeblich rein paternen Vererbung, eine Erkrankung der Placenta materna (also eines Teiles des mütterlichen Organismus) nachgewiesen wurde. Dem Hauptargument der Anhänger einer rein paternen Vererbung, dem Fehlen klinisch nachweisbarer Syphilissymptome, mißt Matzenauer keine Bedeutung zu, denn die vorliegende Kasuistik fußt meistens auf der oberflächlichen, mehrere Jahre nach der wahrscheinlichen Infektion vorgenommenen Untersuchung der Haus- und Kinderärzte. Der Choc en retour wäre zu streichen, denn Sekundärscheinungen, die bei der Mutter während oder gleich nach der Schwangerschaft ohne nachweisbaren vorausgegangenen Primäreffekt auftreten, sind nur durch das überaus häufige Uebersehen des Primäreffektes zu erklären. Das Kind ist nicht vom Vater her erkrankt, sondern weil

die Mutter selbst vor der Entbindung syphilitisch war. Dafür spricht auch die nahezu gleiche Häufigkeitszahl einer angeblichen Syphilis conceptionelle précoce (32%) und einer angeblich paternen Vererbung (38%). — Bei Besprechung des angeblichen Choc en retour lehnt Matzenauer die Auffassung ab, daß solche Mütter ihre symptomlose Syphilis in einer an den Kindern nachweisbaren Form durch den Zeugungsakt übertragen, und betont, daß die, wenngleich symptomlose, so doch bestehende Syphilis der Mutter durch die Geburt eines syphilitischen Kindes geradezu entlarvt wird.

Die Frage der Immunität der (syphilisfreien) Mütter syphilitischer Kinder (Colles-Beaumes'sches Gesetz) erklärt Matzenauer so, daß die Mütter solcher Kinder latent syphilitisch sind. Die vorliegende Kasuistik von Ausnahmen des Colles'schen Gesetzes hat Autor geprüft und absolut nicht stichhaltig gefunden. Es gibt keine Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze, und die als solche geführten Fälle gestatten folgende Einwände: Entweder war die Kindessyphilis extrauterin acquiriert und wurde die Mutter post partum durch das Kind infiziert, oder die vermeinte rezente Syphilis der Mutter war Rezidivsyphilis, oder die Wiedergabe der Fälle gestattet mit Rücksicht auf ihre Unvollständigkeit kein sicheres Material.

Auch das Profeta'sche Gesetz, die Uebertragung der Immunität gegen Syphilis von Mutter auf Kind und umgekehrt, lehnt Autor ab, und zwar mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit einer Uebertragung auf germinativem Wege und mit Rücksicht darauf, daß Fälle von nachträglicher Infektion gesunder Kinder rezent syphilitischer Mütter bekannt sind, ferner mit Rücksicht auf das Verhalten der als getrennt zu betrachtenden Organismen von Mutter und Fötus gegen Toxine und Antitoxine. So wenig bei anderen Infektionskrankheiten eine Immunität vererbt wird, so wenig auch bei der Syphilis. Syphilitische Mütter infizieren in der Regel ihre Kinder nicht, weil rezent syphilitische Mütter meist syphilitische, und Mütter mit alter, latenter, nicht infektiöser Syphilis meist gesunde Kinder gebären. Die ganze Theorie (Finger), wonach „Immunität“ (d. i. dauernde Immunität) gegen Syphilis acquiriert werden kann, ohne Ueberstehen der Syphilis, kann daher nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Gegen die Annahme, daß die nach dem Colles'schen Gesetz immunen Frauen bloß immun und nicht etwa latent luëtisch seien, spricht: 1. daß in der Pathologie der Infektionskrankheiten und speziell der Syphilis keine spermatische, sondern nur eine Vererbung von der Mutter auf das Kind zu finden ist; 2. daß bei der Syphilis keine erweisbare Vererbung der Immunität stattfindet; 3. daß bei den Infektionskrankheiten die Vererbung einer dauernden Immunität niemals vorkommt, sondern daß eine vererbte Immunität höchstens eine passive, rasch vorübergehende sein könnte.

Da es einerseits eine Vererbung einer dauernden Immunität nicht gibt und da andererseits jede, auch anscheinend gesunde Mutter eines hereditär luëtischen Kindes dauernd immun ist, muß

folglich jede anscheinend gesunde, aber immune Mutter selbst (latent) syphilitisch sein. Eine Vererbung der Syphilis können wir daher in jedem Falle von der syphilitischen Mutter ableiten und brauchen die Hypothese einer paternen Vererbung nicht anzunehmen.

Es muß daher die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes mercuriell behandelt werden; dieselbe kann entsprechend dem Colles'schen Gesetze ungescheut ihr Kind selbst stillen, die syphilitischen Eltern eines gesunden Kindes können dieses möglicherweise infizieren. Ein syphilitischer Mann soll, um die Infektion seiner Frau zu vermeiden, nicht vor Ablauf mehrerer Jahre seit der Infektion und erst nach mehrfach wiederholter Quecksilberbehandlung in die Ehe treten.

Neurath (Wien).

M. Schottelius. *Zur Kritik der Tuberkulosefrage.* II. (Aus dem hygienischen Institute der Universität Freiburg i. B.) (Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allg. Pathologie. 1903, 33. Bd., Heft 1 u. 2, Seite 32.)

In einer früheren Abhandlung unter dem gleichen Titel (Virchows Arch. 1883, Bd. 91) hat Schottelius die anatomischen und klinischen Unterschiede zwischen Perlsucht und menschlicher Tuberkulose hervorgehoben und die Unschädlichkeit des Fleisches perlsüchtiger Rinder für den Menschen an einer Reihe von Beispielen dargetan. Inzwischen ist die Tuberkulosefrage, namentlich seit dem Londoner Tuberkulose-Kongreß und den von R. Koch daselbst vorgetragenen Ansichten, zu einer brennenden Tagesfrage geworden. Zu den wichtigsten Faktoren in dieser Frage gehört ohne Zweifel die richtige Würdigung der tierischen Tuberkulose: ihre Bedeutung für die Infektion der Menschen und umgekehrt die Bedeutung der menschlichen Tuberkelbazillen als Verbreiter der Tuberkulose unter den Haustieren. In dieser Hinsicht beanspruchen Verlauf und Ausfall von Fütterungsversuchen besonderes Interesse, die an zwei Kühen und drei Kälbern mit menschlichem tuberkulösem Sputum angestellt wurden und über welche Schottelius in der vorliegenden Abhandlung berichtet.

Die vorliegenden Fütterungsversuche haben ergeben, daß die Tuberkulose auf Kühe und Kälber durch den Auswurf schwind-süchtiger Menschen übertragbar ist. Auch hier zeigt sich das tuberkulöse Sputum als das gefährlichste Virus. Was aber die Uebertragung der tierischen Tuberkulose auf den Menschen anbelangt, so kommt Schottelius, mit Rücksicht auf das zur Zeit vorliegende amtliche, statistische und wissenschaftliche Material, zu dem Schlusse, daß überhaupt der tierischen Tuberkulose für die Verbreitung der menschlichen Schwindsucht und der menschlichen Tuberkulose keine Bedeutung beizumessen ist. Der Verf. legt Gewicht darauf, das festzustellen, damit ganz ausschließlich die Auswurfstoffe des tuberkulösen Menschen, das Sputum und die Dejektionen, für die Verbreitung der Schwindsucht haftbar gemacht werden und ihre Vernichtung mit allen Mitteln bewirkt werde. Weitere Einzelheiten, Versuchsprotokolle etc. sind im Original einzusehen.

Unger (Wien).

H. Schramm: *Ueber den Wert der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis der Kinder.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 8 und 9, Seite 353.)

Die Entscheidung in der neuerdings mehrfach diskutierten Frage nach dem Werte der Laparotomie bei der Peritonealtuberkulose der Kinder ist nach Verfassers Ansicht nur möglich durch genaue Zusammenstellung der Erfolge bei interner Behandlung einerseits und durch die Laparotomie andererseits, wobei jedoch nicht nur die unmittelbaren Erfolge während der Behandlungszeit im Spitale, sondern vielmehr das weitere Schicksal der Kranken nach Ablauf von mindestens zwei Jahren zu berücksichtigen ist. Von diesen Gesichtspunkten aus verarbeitet Schramm ein Material von 45 Fällen, die im Sophien-Kinderspitale in Lemberg behandelt wurden.

Die Grundsätze für die Behandlung der Peritonealtuberkulose sind für den Verf. folgende: Im Anfangsstadium der Erkrankung: Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes, frische Luft, Jod-Seebäder, lokal resorbierende Salben. Tritt innerhalb einiger Wochen eine merkliche Besserung nicht ein, so empfiehlt Schramm die Laparotomie. Ueber die Technik derselben, die Verfasser bei den einzelnen Formen der Krankheit geübt hat, vergleiche das Original. Unger (Wien).

Doebert. *Eine Scharlachendemie auf der Masernstation.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 57. Bd.)

Verf. beobachtete auf der Masernabteilung des Krankenhauses Bethanien in Berlin eine Scharlachepidemie von 10 Fällen. 8 Fälle heilten, 1 starb, 1 ging der weiteren Beobachtung verloren, ein günstiges Resultat, wenn man berücksichtigt, daß in fast allen Fällen Komplikationen von Seiten der Ohren, Nieren oder des Darmes hinzutraten! Daß es sich in allen Fällen tatsächlich um akuten Scharlach gehandelt hat, geht aus den Krankengeschichten allerdings nicht zur Evidenz hervor. Verf. meint, daß der im Gefolge von Masern auftretende Scharlach ein charakteristisches und durch spezielle Symptome (in seinen Fällen Flüchtigkeit des Exanthems und Durchfall vor Auftreten desselben) ausgezeichnetes Krankheitsbild darstellt, dem eine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sei.

Steinitz (Breslau).

Deut E. A. *Coincidence de la rougeole chez les enfants.* (Annal. de méd. et. chir. inf. 1903, Nr. 2.)

Mehrere Fälle von Masern und Scharlach bei Kindern einer Familie, welche wiederum die Schwierigkeit der Diagnose bei gleichzeitigem Bestehen zweier Infektionskrankheiten beweisen.

H. Brüning (Leipzig).

Carl Liebscher. *Ueber Influenzabazillen-Befunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen.* (Prager med. Wochenschr. 1903, Nr. 8.)

Es wurden von 79 Masernfällen 57 (72%) auf Influenzabazillen untersucht, von denen 11 (29.3%) positive Resultate ergaben. Die

Mortalität unter diesen 57 Fällen betrug 24·5%, während die Gesamtmortalität 30% ausmachte; von den 11 Influenzafällen starben 4 (36%), von den übrigen 46 Fällen 10 (22%). Unter den 11 influenzapositiven Fällen wurde viermal eine Pneumonie (36%), unter den negativen Fällen neunmal (19·5%) eine solche nachgewiesen.

Unter 60 Scharlachfällen wurde dreimal (5%) Influenza bakteriologisch nachgewiesen, u. zw. bei zwei normal verlaufenden und einem moribund überbrachten, durch Pneumonie komplizierten Falle. Von 30 an verschiedenen Krankheiten leidenden Kindern gaben 3 einen positiven Befund. Die ganze Untersuchungsreihe stammte aus dem Krankenmateriale der Prager Kinderklinik eines Halbjahres.

Aus dem Umstand, daß einige influenzapositive Fälle normalen Krankheitsverlauf, andere einen speziell durch Lungenkrankheiten komplizierten Dekursus zeigten, läßt sich schließen, daß mitunter dem Influenzabazillus lediglich die Rolle eines Saprophyten zukommt.

Neurath (Wien).

Variot et Le Marc'adour. *Les otites scarlatineuses à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1902.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 1.)

Unter 339 Scharlachfällen mit 36 maligner Otitis media (10·65%) wurden 11 ungeheilt entlassen, während 25 völlig geheilt waren; 8 von den 11 ungeheilten Fällen waren einseitig, 3 doppel-seitig, von den 25 geheilten 22 ein- und nur 3 doppelseitig affiziert. Die Schwere der Ohrenerkrankung entsprach im allgemeinen der Bösartigkeit der Angina, mit welcher dieselbe in enger Beziehung zu stehen schien. Prolongierte Otitiden fanden sich namentlich bei Kindern mit Hypertrophie der Tonsillen und adenoiden Vegetationen. Es empfiehlt sich daher, in diesen Fällen längere Zeit Mundspülungen mit desinfizierenden Lösungen machen zu lassen.

H. Brüning (Leipzig).

Perrin M. *Gangrène cutanée disséminée post-morbillieuse suivie de septicémie avec abcès cutanés multiples.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 4.)

Bei einem 4jährigen Kinde aus der Kinderklinik in Nancy bildeten sich etwa 14 Tage nach Ausbruch des Masernexanthems an verschiedenen Körperstellen kleine bläschenartige Eruptionen, aus denen sich gangräneszierende Ulzerationen entwickelten; gleichzeitig bestand eine langwierige Bronchopneumonie. Nach dem Auftreten multipler Abszesse unter septischen Fiebererscheinungen Exitus. Die Sektion ergab: Disseminierte Lungentuberkulose, Bronchiektasien, Verkäsung der Bronchialdrüsen. Kulturen aus der vergrößerten Milz ergaben Staphylokokken in Reinkultur.

H. Brüning (Leipzig).

Moser. *Ueber die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlach-Streptokokkuserum.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, 1 u. 2.)

Ausführliche Publikation des über dasselbe Thema in Karlsbad gehaltenen Vortrages. Das Wesentliche der Arbeit ist in dieser

Monatsschrift (Bd. 1, Nr. 2) bereits eingehend referiert. Hier sei nur auf das anhangsweise abgedruckte außerordentlich reichhaltige Krankengeschichtsmaterial (84 Fälle) hingewiesen, dessen ausführliche Mitteilung in Anbetracht der Wichtigkeit der Scharlachserumfrage gerechtfertigt ist. Aus den Krankengeschichten geht wohl unleugbar die fast in jedem Falle — selbst bei moribund injizierten Kindern — erfolgende günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens hervor, der Moser mit Recht zunächst eine größere Beweiskraft als der statistisch konstatierten Verminderung der Scharlachmortalität zuschreibt.

Steinitz (Breslau).

A. Baginsky. H. Aronson. *Bemerkungen zu vorstehendem Artikel.* (Berliner klin. Wochenschrift 1903, Nr. 1.)

Im wesentlichen Polemik und Prioritätsstreitigkeiten.

Keller.

Paul Moser. *Ueber Antistreptokokkenserum bei Scharlach.* (Einige Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel des Herrn Professor Baginsky in der Berliner klin. Wochenschrift 1902, Nr. 48 und 49.)

Keller.

O'Malley. *Diphtheria Antitoxine in Infectious or Bacterial Bronchopneumonia in Children.* (Diphtherieheilserum bei der infektiösen, resp. bakteriellen Bronchopneumonie der Kinder.) (Amer. Medicine 1903, Jan. 17.)

Nichts Besonderes.

Wachenheim (New-York).

Monti. *Zur Frage der Serumexantheme.* (Archiv f. Kinderheilkunde, 35. Bd., 5. u. 6. Heft.)

Vortrag, gehalten auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. — Vergl. den Versammlungsbericht in dieser Monatsschrift, 1. Bd., Nr. 2. Freund (Breslau).

B. Kohn. *The causes of Death in Diphtheria.* (Die Todesursachen bei der Diphtherie.) (Amer. Medicine 1903, Jan. 10.)

Nichts Neues.

Wachenheim (New-York).

Wanstall. *Pertussis, with Special Reference to early Diagnosis from the Blood Findings.* (Der Keuchhusten, mit besonderer Beziehung auf die Diagnose aus dem Blutbefunde.) (Amer. Medicine 1903, Jan. 10.)

Verf. ist nicht imstande, die von anderen Autoren beschriebene Leukocytose beim Keuchhusten nachzuweisen; relative Lymphocytose ist wohl häufig vorhanden, der diagnostische Wert derselben jedoch nicht zu hoch anzuschlagen.

Wachenheim (New-York).

M. Turnowsky. *Paralyse, Aphasic und Erblindung im Verlaufe des Keuchhustens.* (Wiener medizinische Wochenschrift 1903, Nr. 7, Seite 310.)

Der Autor bereichert die Kasuistik der cerebralen Komplikationen beim Keuchhusten durch folgende interessante Beobachtung:

Ein $2\frac{1}{3}$ Jahre altes Mädchen wird gleichzeitig mit seinen 2 älteren Schwestern vom Keuchhusten (Februar 1902) befallen. Eltern und Geschwister sonst gesund. Die Anfälle waren von mittlerer Intensität und nicht allzu häufig. Pat. kam indes durch Soorentwicklung auf der Mundschleimheit in der dritten Krankheitswoche sehr herab, und erst in der vierten Woche gelang es, diese interkurrente Affektion zur Abheilung zu bringen und den Ernährungszustand einigermaßen zu bessern. Anfangs der 5. Woche traten täglich einige Minuten lang dauernde Schüttelfröste mit folgender Temperatursteigerung ein (bis 38.9°) und nach und nach an Intensität und Dauer zunehmende Zuckungen um die Mundwinkel und in der linken Gesichtshälfte. Am 20. März (dem 3. Tage dieser Woche) plötzlich, jedoch nicht während eines Hustenanfalles und auch nicht unmittelbar nach einem solchen, allgemeine Konvulsionen von 8 Stunden langer Dauer. Am folgenden Tage konstatierte Turnowsky Ptosis des linken Auges, mit Erweiterung und träger Reaktion der Pupille, linksseitige Facialislähmung, vollständige Hemiplegie der rechten Seite mit totalem Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe dieser Seite; daneben soporöser Zustand, Temperatur 38.1° , Puls 110, Respiration 24. Einige Tage später (24. März) scheint das Bewußtsein langsam zurückzukehren, Pat. erkennt die Umgebung. Aphasie. Hustenanfälle stündlich, mäßig, hie und da Erbrechen. Temperatur $37.3-38^{\circ}$.

In den folgenden Tagen klärt sich das Bewußtsein bedeutend. Der Zustand verschlimmerte sich indes bald wieder. Es entwickelte sich auf beiden Augen eine entzündliche Affektion (trophische Störung), in deren Folge es zu Trübung und Vaskularisation der Hornhäute, zu beiderseitigem Keratokonus und zu Perforation der rechten Hornhaut mit Entleerung von Glaskörper und Linse kam, die Ernährung wurde erschwert, die Hustenanfälle häufiger und intensiver, Fieber trat wieder auf ($38.2-38.5$) und die Kranke verfiel. Unter allgemeinen Konvulsionen trat schließlich der Exitus ein (8. Mai). Keine Obduktion.

In seinen epikritischen Bemerkungen kommt Turnowsky zu der Ansicht, daß es sich in dem vorliegenden Falle um einen infolge direkter Einwirkung des Keuchhustens entstandenen infektiösen Entzündungs- resp. Erweichungsvorgang in der Gehirnschubstanz, u. zw. multilokulärer Art, gehandelt haben dürfte.

Unger (Wien).

Sanfelice und Malato. *Epidemiologische Studien über die Pocken.* (Hygienische Rundschau 1903, XIII. Jahrg., Nr. 1.)

Aus diesen Studien, welche gelegentlich einer Pockenepidemie in der Provinz Cagliari gemacht wurden und ein eigentümliches Licht auf die Handhabung und Durchführung der sanitätspolizeilichen Maßnahmen werfen, will ich nur hervorheben, daß das Kindesalter verhältnismäßig am stärksten von der Krankheit befallen wurde. Die Verf. führen dies auf „die größere Prädisposition und geringere Widerstandsfähigkeit“ dieses Alters gegen die Pocken und infektiöse Prozesse überhaupt zurück. Nichtsdestoweniger wurde mehrfach die Beobachtung gemacht, daß Individuen im ersten und zweiten Kindesalter, die niemals geimpft worden waren, von der Krankheit verschont blieben, oder doch nur leicht ergriffen wurden, während ihre Eltern in mehr oder weniger schwerer Form erkrankten. Dies erklären sich die Verf. durch das Vorhandensein einer „vollkommenen oder verhältnismäßigen, angeborenen Immunität“. Daß Kinder, deren Mütter am Ende der Schwangerschaft erkrankten, gegen die Pocken immun sein können, illustrieren 2 Fälle. Beide Kinder wurden am normalen Ende der Schwanger-

schaft geboren und bekamen die Pocken nicht. Bei dem einen wurde im 3. Monat die Impfung 3mal mit frischer Lymph e erfolglos ausgeführt. Im übrigen war während der Epidemie der günstige Einfluß der Impfung unverkennbar. Hohlfeld (Leipzig).

M. G. Carrière. *Le signe de Kernig dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.* (Compt. rend. soc. biol. 1903, Nr. 1.)

Verf. fand das Kernig'sche Zeichen bei 44% seiner Typhuskranken positiv. Bei all diesen wurde durch Lumbalpunktion das Vorliegen einer meningitischen Komplikation ausgeschlossen. Das Symptom sei daher für eine solche durchaus nicht pathognostisch und nicht in dem üblichen Sinne differential-diagnostisch verwertbar. Das Kernig'sche Zeichen findet sich namentlich bei hyperpyretischen Typhusfällen, und zwar stets zwischen dem 3. und 16. Krankheitstage. Alle vom Verf. beobachteten letalen Typhusfälle hatten das Kernig'sche Zeichen geboten. Pfaunder (Graz).

M. Netter. *Le signe de Kernig dans la fièvre typhoïde de l'enfant.* (Compt. rend. soc. biol. 1903, Nr. 2.)

Gelegentlich obiger Ausführungen von Carrière weist Verf. auf seine schon 1900 mitgeteilten Erfahrungen über die Bedeutung des Kernig'schen Zeichens bei Typhus hin. Die meningitischen Formen des Typhus seien besonders häufig zu Zeiten einer herrschenden Epidemie von Genickstarre. Gehäuftes Auftreten dieser Erkrankung liege in Paris seit 1898 und auch derzeit noch immer vor. Dies erkläre den hohen Prozentsatz der unter meningitischen Erscheinungen verlaufenden Typhusfälle mit Kernig'schem Zeichen. Die Mortalität der Typhusfälle mit positivem Kernig sei dreimal so groß als jene der gewöhnlichen Fälle. Die Carrière'sche Mitteilung bestätige diese These Netters, betreffs deren er sich Priorität wahre. Pfaunder (Graz).

Woods. *Gonorrhoeal Vulvovaginitis in Children.* (Gonorrhoeische Vulvovaginitis bei Kindern.) (Amer. Journ. of the Med. Sciences, Feb. 1903.)

Verf. verweist auf die Literatur und teilt fünf Fälle mit, ohne neues zu bringen. Wachenheim (New-York).

Carrière G. *Sur quelques cas de vulvite impétigineuse chez les enfants.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 2.)

Genaue klinische Beobachtung von Vulvitis impetiginosa bei 3 Kindern im Alter von 7, 6 und 4 Jahren; Uebergang von Rötung in Bläschen und Pustelbildung jedesmal zu verfolgen. Als Erreger werden Staphylokokken angesehen wie bei der Impetigo contagiosa. Die Affektion ist selten; Carrière fand sie nur in diesen 3 Fällen gegenüber mehr als 60 Fällen von Vulvitis überhaupt. Differentialdiagnostisch kommen Lues, Aphthen, Herpes, Gonorrhöe in Frage. Die Infektion erfolgt wohl in der Mehrzahl der Beobachtungen durch Autoinokulation. Die Therapie besteht in Spülungen mit 5 bis 10% Wasserstoffsuperoxyd; innerlich eventuell Roborantien: Lebertran, Sir. ferri jodat. H. Brüning (Leipzig).

Gillet. *Strophulus post-vaccinal.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Tome XXI. Mars 1903.)

Verf. teilt die verschiedenen Eruptionen, die sich an die Vaccination anschließen können, in vier Gruppen:

1. Eruptionen äußeren Ursprunges: Verschleppung des Vaccinevirus in den ersten 8 Tagen, d. h. vor erlangter Immunität, von der Impfstelle an andere Körperstellen, an denen sich Eintrittspforten (Ekzem) befinden.

2. Eruptionen aus inneren Ursachen: Aberrierende Impfpusteln oder gar generalisierte Vaccine, eine der Variola an prognostischer Schwere nahestehende Allgemeinerkrankung. (Ein von Gaucher veröffentlichter Todesfall wird erwähnt.)

3. Impferythme: Roseola (maculöse und papulöse), Exantheme, Urticaria u. a.

4. Postvaccinelle Dermatosen: Ekzeme, Impetigo, Zoster, Strophulus u. a.

Zu dieser letzteren Gruppe teilt Verf. zwei von ihm beobachtete Fälle mit, in denen sich an die Impfung ein Strophulus, der nie vorher bestanden, anschloß, dessen Zustandekommen er sich so erklärt, daß die Vaccine bei einem disponierten Individuum den Anstoß zum Ausbruche dieser Hautaffektion abgegeben habe.

Bei der Häufigkeit des Strophulus im Alter der Erstimpfung erscheint dem Ref. eine solche Auffassung gewagt, da ein zufälliges Zusammentreffen der Affektionen in den beiden beobachteten Fällen durchaus nicht auszuschließen ist.

Freund (Breslau).

Fuhrmann. *Ein seltener Fall von Erythema nodosum.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 57. Bd., Heft 1.)

Verf. beobachtete bei dem neugeborenen Kinde einer tuberkuloseverdächtigen Mutter eine an den Streckseiten der Unterschenkel lokalisierte Affektion, die er nach Aussehen und Verlauf als Erythema nodosum ansprechen mußte. Die Richtigkeit dieser Deutung vorausgesetzt, handelte es sich also um eine außerordentliche Rarität. Der einzige bisher nach Angabe des Verf. im frühen Kindesalter beobachtete Fall betraf ein 18monatliches Kind.

Freund (Breslau).

Joseph M. *Herpes tonsurans im Kindesalter.* (Centralbl. f. Kinderheilk. 1903, Nr. 2.)

Im Gegensatz zum Erwachsenen findet man im Kindesalter den Herpes tonsurans fast stets auf dem behaarten Kopfe; es scheint, als ob diese Affektion in den letzten Jahren in Deutschland häufiger würde. Die Therapie ist meist langwierig; das beste Mittel ist die Epilation oder die von Quinquand empfohlene Kurettage der oberflächlichen Hautschichten und Haare mit nachfolgenden Umschlägen mit einer erwärmten 1^o/₁₀₀ Sublimatlösung. Ist es bereits zur Ausbildung eines Kerion Celsi, d. h. einer Perifolliculitis mit Pustel- und Knotenbildung, gekommen, so erreicht man mit der Kataphorese mit Sublimat nach Sp. die besten Erfolge.

H. Brüning (Leipzig).

Wilhelm Ebstein. *Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 1 u. 2.)

Eingehende Studie über die seltene Hautkrankheit an der Hand von 2 vom Verf. beobachteten Fällen. Zum Schlusse der — zu kurzem Referat nicht geeigneten — Arbeit empfiehlt Ebstein, möglichst frühzeitig, am besten durch sachgemäße Massage, mit der Therapie zu beginnen, ehe die irreparablen Schrumpfungsprozesse eingetreten sind.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Jul. Zappert. *Ueber den Juckausschlag im Kindesalter.* (Vortrag im Wiener med. Dokorenkollegium. Wiener med. Presse 1903, Nr. 4—6, Seite 153.)

Zappert bespricht den als „Strophulus infantum“ bezeichneten, häufig im Kindesalter vorkommenden Juckausschlag namentlich im Vergleiche zu anderen mit Juckreiz verbundenen Hautaffektionen der Kinder und schildert das polymorphe Krankheitsbild desselben auf Grund einer größeren Anzahl selbstgemachter Beobachtungen. Die dunkle Aetiologie und Pathogenese des Leidens wird indes nicht aufgeklärt. In einigen Fällen fand Zappert ein auffallend reichliches Uratsediment zur Zeit des Strophulusanfalles, in einem eine ziemlich beträchtliche Indikanausscheidung. Er definiert den „Strophulus infantum“ als eine den ersten Lebensjahren eigentümliche Krankheit, die sich durch das rezidivierende Aufschließen juckender Knötchen oder Bläschen auf der Haut charakterisiert, häufig von Störungen seitens des Intestinaltraktes begleitet wird und vielleicht durch Resorption abnormer Darmfäulnisprodukte bedingt wird. Therapeutisch empfiehlt Zappert eine den Digestions-trakt beeinflussende Behandlung und stellt die darmreinigende und desinfizierende Wirkung des Kalomel an erste Stelle. Auch eine 2- bis 3 wöchentliche Behandlung mit Karlsbader Wasser hat sich bewährt.

Unger (Wien).

Gevaert. *Zona ophthalmique chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enfants. 1903, Mars.)

Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus bei einem 10 jährigen, nervösen Mädchen, das gleichzeitig an Coxitis tuberculosa litt. Klinisch nichts Bemerkenswertes. Verf. beobachtete den Ausbruch des Herpes nach Anlegung einer Gipsbandage an die Hüfte, wodurch der kleinen Pat. viel Aufregung und Kümmeris bereitet wurde, und wirft, indem er neben diesem Umstande noch die Nervosität und leichte Erregbarkeit ins Feld führt, die Frage auf, ob es wohl einen Herpes auf psychischer Grundlage gebe.

Gallus (Bonn).

Ernst A. Heimann. *Die Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen.* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 5.)

Verf. hebt die Wichtigkeit der Erkennung und Behandlung des in seinen Folgen nicht immer ungefährlichen Leidens hervor. Ist es in einigen Wochen nicht möglich, durch Massage den nasalen

Verschluß des Ductus naso-lacimalis zu beseitigen, so greife man zur Verhütung weiterer Infektionen zur Sonde, die, in fachgemäßer Weise angewandt, oft zu einer sofortigen Heilung führt.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Stiles. *A. Case of infection with the double-pored Dog Tapeworm (Dipylidium caninum) in an American Child. (Ein Fall von Infektion mit dem doppelporigen Hundebandwurm bei einem amerikanischen Kinde.)* (Amer. Medicine 1903, Jan. 10.)

Die Erkrankung ist als große Rarität zu betrachten. Zur Diagnose empfiehlt Verf. das Forschen nach den länglich-elliptischen Wurmsegmenten, das Auffinden der Eier ist schwierig wegen ihrer verhältnismäßig kleinen Zahl, sie sind aber durch ihre dünne Innenschale von Tänieneeiern unterscheidbar.

Wachenheim (New-York).

Springer C. *Echinokokkus der Pleura.* (Centralbl. f. Kinderheilk. 1903, Nr. 1.)

Ausführliche Mitteilung der interessanten Krankengeschichte. Durch Usurierung des Zwerchfelles war der Echinokokkus von der Leber her nach der Pleurahöhle durchgebrochen. Mehrmalige Punktion brachte nur vorübergehende Besserung. Nach einer Rippenresektion gelang es jedoch dem Verf., mit Hilfe von Pinzetten, den Echinokokkussack in toto wie ein hohles Ei durch die Thorakotomiewunde herauszuziehen. Nach 3 Monaten wurde der Knabe mit einem Stützkorsett geheilt entlassen.

H. Brüning (Leipzig).

J. Drozda. *Ein aparter Fall von akuter Leukämie (Sarcomatosis leucaemica).* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 9, Seite 405.)

Ausführliche Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, und Sektionsprotokoll.

Das Blut lichthimbeerrot, dünnflüssig, nicht gerinnend. Leukocyten zu den roten Blutkörperchen wie 1 : 25—30 im nativen Blutpräparate. Im gefärbten Präparate überwiegen große, einkernige Zellen mit spärlichem, fast durchscheinendem Protoplasma; 3 bis 4 eosinophile Zellen in einem Gesichtsfeld. Keine Poikilocytose, vereinzelte kernhaltige rote Blutkörperchen.

In der Epikrise hebt Verf. die enorme Hyperplasie nahezu des gesamten adenoiden Gewebes, namentlich am Digestionstrakte, zu der noch eine analoge Wucherung an der Außenfläche der Dura mater sich hinzugesellte und sogar zu einer partiellen Usur des Schädeldaches geführt hatte, noch besonders hervor. Im auffälligen Gegensatze dazu war die Milz nur in verhältnismäßig geringem Grade in Mitleidenschaft gezogen, und das Knochenmark zeigte keine besonders hochgradigen Veränderungen. Verf. faßt den Fall gleichsam als Ubergangsstufe zwischen echter akuter Leukämie und Lymphosarkom auf und bezeichnet ihn als „Sarcomatosis leucaemica“.

Unger (Wien).

Emile Weil P. et Clerc A. *Splénomégalie chronique avec anémie et lymphocytémie.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 4.)

2 Beobachtungen an 2 Knaben im Alter von 6 Monaten und 2 Jahren. Außerordentliche Anämie; sehr großer, derber Milztumor; keine Schwellung der Lymphdrüsen; Verminderung der roten Blutkörperchen auf 3,013.200 und 2,876.800 pro Kubikmillimeter; im Gegensatz hierzu Zahl der weißen Blutkörperchen normal, jedoch ein auffallendes Vorwiegen der Lymphocyten und mononukleären Formen (bis 73% der weißen Blutkörperchen). Es empfiehlt sich, derartige Fälle, die nur durch die Blutuntersuchung diagnostiziert werden können, von der Anaemia splenica infantilis, mit welchen sie klinisch viele Ähnlichkeiten haben, zu trennen und als besondere Krankheitsform anzusehen. H. Brüning (Leipzig).

Weil et Clerc. *Splénomégalie chronique avec anémie et myélémie (forme infantile).* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Heft 1, S. 1.)

Die Verff. beschreiben 2 Fälle von Anaemia infantum pseudo-leucaemica (v. Jaksch) bei Kindern von 14, bzw. 9 Monaten. Von dem 1. Fall liegt ein Sektionsprotokoll vor. Die pathologische Anatomie des Krankheitsbildes und seine Differentialdiagnose gegen myelogene Leukämie, sowie gegen Rhachitis und Lues hereditaria wird ausführlich erörtert. A. Weigert (Breslau).

Mya. *Tre casi di cirrosi epatica infantile. Studio di patogenesi.* (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. I, Januar 1903.)

Die Hauptformen der hepatischen Cirrhose des Kindesalters sind in ätiologischer Hinsicht nach Mya folgende:

1. Alkoholische Cirrhose, mit atrophischem oder hypertrophischem Typus; letzterer häufiger.
2. Syphilitische Cirrhose mit den verschiedenen entsprechenden anatomischen Typen.
3. Malaria-Cirrhose.
4. Biliäre Cirrhose, mit sehr verschiedenartigen Krankheitsprozessen verbunden. Meistens chronische Entzündungsprozesse mit vorausgehenden infektiösen oder toxischen, akut ausgebildeten Ikteren. In einer geringen Anzahl von Fällen ist der Ursprung in einer angeborenen Anomalie der Gallenwege, die stenotisch, wenig zahlreich oder gar nicht vorhanden sein können, zu suchen.
5. Cirrhose infolge akuter, diffuser, im Laufe verschiedenartiger Infektionen entwickelter Leberentzündungen (Infektiöse Leber Bozzolos und einiger französischer Autoren).
6. Cirrhose blutzykulatorischen Ursprunges, die Herzveränderungen (endokardischen, myokardischen oder perikardischen) zu verdanken ist. Es ist unsicher, ob solche Formen wirklich den Namen Cirrhose verdienen; meistens venöse Stase mit hochgradiger parenchymatöser Entartung und leichter Zunahme des interstitiellen Bindegewebes. Bei augenscheinlicher Cirrhose kommen andere Ursachen, hauptsächlich die infektiösen, in Betracht.

7. Tuberkuläre und kardiotuberkuläre Cirrhose. Im Kindesalter häufigste und pathogen kompliziertere Formen. Tuberkulöse Leber darf nicht mit eigentlich tuberkulärer Cirrhose verwechselt werden. Cirrhose zeigt sich im Verlauf der Tuberkulose in zweierlei Fällen. Erstens bei Polyorrhomenitis, speziell Perikardium- oder Pleuraläsionen (kardiotuberkuläre Cirrhose Hutinels oder Pick'sche Pseudocirrhose aus Perikarditis), bei denen wieder zwei Ursachen zu unterscheiden sind, nämlich die akut oder chronisch entzündlich oder irgendwie alterierend im hepatischen Gewebe wirkende infektiöse Ursache, und dann die daneben herschreitende, vom Zentrum des Blutumlaufs ausgehende, die Ernährung der Leber erschwerende und cirrhogene Agentien begünstigende mechanische Ursache (toxische Stasis). Ein anderes cirrhogenes Prinzip bei Tuberkulose und anderen multiple Serositen erzeugenden Vorgängen liegt in der Ausbreitung des Entzündungsprozesses in der Glisson'schen Kapsel im Innern der Leber (kapsuläre Cirrhose), wozu sich noch bei Kindern toxische Stasis gesellen kann. Endlich entsteht Cirrhose durch tuberkulöse Toxine und toxische Produkte von Bakterienkolonien. Diese drei Faktoren können alle mehr oder weniger an der Läsion der Leber beteiligt sein. Die eigentliche Tuberkulose, die Entstehung des Tuberkels, kann im anatomo-pathologischen Schlußstadium als bestimmender Faktor auftreten, wie hauptsächlich Hutinel und Bonome nachweisen.

8. Dazu treten dann noch zwei weitere in der Kinderpathologie noch nicht genau bestimmte Formen: die dyspeptische Cirrhose und die die Splenomegalie begleitende Cirrhose (Banti). Die, wie bekanntlich, im Kindesalter häufige Dyspepsie und andere schwere Leiden sollen der dyspeptischen und der toxischen Darmcirrhose sehr günstig sein; Cirrhose wäre jedoch beim Kinde eine Ausnahme; Mya kennt sie nicht oder hält sie nicht für wahre Cirrhose. Bei primitiver Splenomegalie konnte Mya in der Leber nie eine der von Banti und nachher von anderen Autoren beschriebenen Form analoge Cirrhose auffinden. Vielleicht hängt diese Seltenheit von denselben Faktoren ab, die die alkoholische Cirrhose bei Kindern so selten auftreten lassen, trotz des häufigen Genusses alkoholischer Getränke in diesem Alter.

Mya erwähnt in dieser letzten Arbeit drei klinische Fälle, in denen Lebercirrhose keinen sichtbaren Einfluß auf den Gang der Krankheit hatte und erst am Sezientische mit Evidenz entdeckt wurde. Die Leberkrankheit entwickelte sich hier mit Komplikationen und mit anderen Krankheitsprozessen, bei denen Cirrhose rein nur ausnahmsweise auftritt.

Aus der klinischen und pathologisch-anatomischen Analyse des ersten Falles schließt Verf., daß bei subakuter eitriger cerebrospinaler Meningitis die Leber offenbare Anzeichen von erst kürzlich entstandener Cirrhose darbieten kann. Letztere ist die Folge eines die meningitische Infektion begleitenden Entzündungsprozesses der Leber, einer durch Hindernisse im Atmungs- und Kreislaufsmecha-

nismus entstandenen Stasis, und größtenteils einer tiefen zirkulatorischen Störung der Leber (kapillarvenöse Kongestionen und Blutergüsse).

Aus dem zweiten Falle schließt Verf., daß bei chronischer Tuberkulose eine von Stasis unabhängige, auf Verletzung des Herzens oder der serösen Membranen zurückgehende Form von Cirrhose vorkommt, und gibt speziell für seinen Fall einen von noch unbekannten, aber bei Tuberkulose möglichen Stoffwechselanomalien bedingten sklerogenen Prozeß zu.

Sein dritter Fall beweist, daß bei Kindern eine Form von Lebercirrhose neben einem eitrigen, in Perforationsperitonitis ausgehenden Darmprozeß einhergehen kann. Dotti (Florenz).

Hochsinger. *Diagnostische Betrachtungen über drei seltene Formen infantiler Cardiopathien.* (Jahrbuch für Kinderheilk., Bd. 57, Heft 1.)

Die Diagnosen, die durch eingehende Darstellung der drei Krankengeschichten begründet werden, lauten:

Ad 1. Schwierige tuberkulöse Mediastinopericarditis mit Obsoleszenz des Herzbeutels und Verwachsung desselben mit der Brustwand. Enorme Herzhypertrophie (cor bovinum acquisitum) mit Insuffizienz der Mitral- und Aortenklappen, Verschiebung des hypertrophischen Herzens nach links und Fixiertbleiben desselben in der abnormen Lage durch tuberkulöse Schwarten. Obsolete tuberkulöse Pleuritis.

Ad 2. Cor bovinum congenitum. Apertur des botallischen Ganges mit aneurysmatischer Dilatation dieses und der Pulmonalarterie. Isthmusstenose der Aorta in der Gegend des Abganges der linken Subclavia.

Ad 3. Fehlerhafte Septierung des Truncus arteriosus communis, Transposition der Arterienursprünge mit rudimentärer Entwicklung des Aortenanfanges und vikariierender Erweiterung der Pulmonalis bei gleichzeitig offenem Ductus Botalli.

Die diagnostischen Erwägungen selbst müssen im Originale nachgelesen werden. Freund (Breslau).

Krautwig. *Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter.* (Arch. für Kinderheilk., Band 35, S. 259 ff.)

Ein nichts Neues enthaltender, aber im großen und ganzen richtiger Ueberblick über die Ursachen der plötzlichen Todesfälle. Ref. möchte nur energisch gegen die übertriebene und unbeweisbare Bedeutung protestieren, die Krautwig der Rhachitis als Ursache der Konvulsionen zuschreibt. Wenn Verf. mit den pathetischen Worten schließt: „Wünschen wir zum Schluß, daß es der Forschung gelingen möge, Grund und Wesen der Rhachitis als der für das Kindesalter bei weitem wichtigsten Erkrankung gründlich klarzulegen“, so werden wir ihm lächelnd beipflichten können.

Thiemich (Breslau).

Eugen Neter. *Die Tetanie.* (Sammelreferat über die neueren Arbeiten.) (Arch. f. Kinderheilk., Band 35, S. 437 ff.)

Fleißige, gut durchdachte Darstellung, die alles Wesentliche enthält und wohl imstande ist, dem Arzte die zeitraubende Mühe des Studiums der Originalarbeiten zu ersparen.

Thiemich (Breslau).

G. Caccia. *Un caso di meningite cerebrospinale da batterio emofilo di Pfeiffer.* (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. 2, 1903.)

Nach einer übersichtlichen Zusammenfassung der betreffenden Literatur gibt Verf. die klinische Geschichte eines Falles von cerebrospinaler Meningitis, Otitis und Bronchopneumonie durch Pfeiffer'schen Bazillus, den er im Juni 1902 zu beobachten und weitgehend zu erforschen Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um einen 9 Monate alten Knaben, bei dem sich beinahe plötzlich ein meningitischer Verlauf mit Lähmung des linken Facialnerven und Gliederzuckungen zeigte. Das Krankheitsbild erreichte rasch einen bedeutenden Grad von Schwere; nachdem die erste Lumbalpunktion und 2 Tage darauf die zweite vorgenommen worden war, erfolgte Besserung der meningitischen Erscheinungen. Erst am 20. Tage erschien linksseitige Otitis; circa einen Monat nach Beginn der Krankheit traten Zuckungserscheinungen von Jackson'schem Typus auf (rechtsseitig). Das Kind geriet dann in einen Zustand tiefer Kachexie, aus dem es sich langsam erholte und schließlich völlig genas, mit Ueberbleiben leichter Paresiserscheinungen.

Die bakteriologischen und kulturellen Untersuchungen, sowie mit der entleerten cerebrospinalen Flüssigkeit angestellte Tierversuche ergaben die ausschließliche Gegenwart eines polymorphen Mikroorganismus, der in einfachem Agar gar nicht, sondern nur in Blutagar und in Bouillon mit Beisetzung vieler cerebrospinaler Flüssigkeit gedieh, und nur auf Kaninchen, in den Wirbelkanal injiziert, pathogen wirkte. Dieser Bazillus erhöhte seine Giftigkeit bedeutend beim Durchgang durch das Nervensystem des Kaninchens.

Aus dem vom Ohre gewonnenen Eiter isolierte Verf. denselben Bazillus, den er dem Pfeiffer'schen für identisch erachtet.

Betreffs der Eintrittsstelle des Keims gibt Verf. zu, daß jener von der Nasen- und Rachenhöhle Ausgang genommen habe.

Verf. glaubt, daß der günstige Erfolg in seinem Falle mit allem Recht zum Teile den wiederholten Lumbalpunktionen zu verdanken sei, die immer eine reichliche Menge cerebrospinaler Flüssigkeit entleerten.

Dotti (Florenz).

Friedjung. *Zwei Fälle von Glioma cerebri.* (Arch. f. Kinderheilk., Band 35, S. 374.)

Kasuistische Mitteilung, zu kurzem Referat nicht geeignet. Erwähnenswert scheint, daß bei dem zweiten, 2 $\frac{1}{2}$ -jährigen Patienten, der ein faustgroßes Gliom der rechten Großhirnhemisphäre mit hochgradigem Hydrocephalus aufwies, grobschläger Tremor der Arme und

Hände bestand, ein bei Kindern seltenes Symptom. 21 Stunden nach der Lumbalpunktion, durch die 16 cm³ klare Flüssigkeit entleert wurden, trat ziemlich unerwartet der Tod ein, wie dies nach Punktionen bei Hirntumoren mehrfach vorgekommen ist.

Thiemich (Breslau).

John Thomson. *Ueber den Lippenreflex (Mundphänomen) bei Neugeborenen.* (Review of Neurology and Psychiatry. Vol. I, Nr. 3, march 1903.)

Der Verf. hat eine Reihe von Beobachtungen über den Lippenreflex bei Kindern angestellt und nimmt Bezug auf die Angaben von Loos und Escherich.

Der Reflex wird am besten ausgelöst durch eine Reihe von leichten Schlägen auf die Oberlippe ein wenig oberhalb des Mundwinkels oder auf die Unterlippe. In ausgeprägten Fällen läßt er sich von jeder beliebigen Lippenstelle aus erzielen.

Beim Beklopfen der Oberlippe trat oft zuerst eine leichte plötzliche Zuckung, gewöhnlich nach der beklopfen, mitunter aber auch nach der entgegengesetzten Seite ein. Meist werden zu gleicher Zeit die Lippen geschlossen, wenn sie geöffnet waren, und werden langsam zusammengezogen, so daß sie ein wenig vorstehen. Bei wiederholtem Beklopfen wird das Vorschieben des Mundes immer deutlicher.

Der Lippenreflex scheint mehr oder weniger ausgeprägt bei allen gesunden Neugeborenen vorhanden zu sein, während sie tief schlafen, bei manchen, wenn sie nur leise schlafen oder schläfrig sind und mitunter, aber selten, auch bei völlig wachen. Mit zunehmendem Alter der Kinder wird der Reflex allmählich seltener und meist nur in tiefem Schlafe gefunden. Bis Ende des 3. oder 4. Jahres ist dies ganz gewöhnlich, später nur selten. Kinder, die wegen Konvulsionen große Chloraldosen erhalten haben, zeigen den Reflex oft sehr deutlich.

Es handelt sich um einen echten Reflex und nicht einfach um eine direkte Reizung der Muskeln oder Nerven. Die charakteristische Bewegung erfolgt langsam, geordnet und zweckmäßig; Wiederholung des Beklopfens hat eine deutlich steigernde Wirkung, da die Vorschiebung des Mundes erst ihr Maximum erreicht, wenn die Lippen immer und immer wieder gereizt werden. Beide Mundhälften antworten auf das Beklopfen einer Seite, allerdings nicht in gleicher Ausdehnung. So deutlich auch die Lippen sich dem Klopfen entsprechend bewegen, während das Kind schläft, so unterbleibt doch gewöhnlich diese Bewegung, sobald das Kind wach ist.

Ein Reflex, der einige Analogien mit dem Lippenreflexe darbietet, ist der normale Extensionsreflex der Zehen, der beim Streichen der Fußsohle beim Kinde eintritt. Die Extension der großen Zehe mit Spreizung der übrigen Zehen, die Drehung und Dorsalbeugung des Fusses mit Anziehen des Beines stellt einen einigermaßen ähnlichen koordinierten, gleichsam überlegten Akt dar. Auch dieser verschwindet, wenn die Kinder älter werden.

Ashby (Manchester).

H. Rainy and J. S. Fowler. *Angeborene doppelseitige Facialislähmung infolge von Kernläsion. (Möbius'scher Kernschwund.)* (Review of Neurology and Psychiatry. Vol. 1, Nr. 3, march 1903.)

Dieser Fall gehört zu einer wohl umschriebenen, unter dem Namen infantiler Kernschwund bekannten Gruppe von Krankheitsbildern, unter denen die Lähmung der äußeren Augenmuskeln (Ophthalmoplegia externa) mit oder ohne Beteiligung anderer Hirnnervenkerne die häufigste Form darstellt; im vorliegenden Falle bestand nur doppelseitige Facialislähmung. Es liegen wenig pathologisch-anatomische Untersuchungen vor, und zwar fast alle an Erwachsenen; der jüngste untersuchte Fall ist der Heubner'sche von 2 $\frac{1}{2}$ Jahren.

Das Kind — ein Mädchen — war bei der ersten Untersuchung 10 Wochen alt. Es war als erstes Kind, und zwar mit Kunsthilfe geboren, wurde an die Brust angelegt, konnte aber nicht saugen und wurde mit dem Löffel gefüttert.

Bei der Besichtigung wurde bemerkt, daß der N. facialis beiderseits gelähmt war; das Gesicht war bewegungs- und ausdruckslos, wenn das Kind schrie, nur der M. occipito-frontalis über dem rechten Auge und der rechte M. depressor anguli oris zeigten eine schwache Kontraktion. Die Oberlippe war vorgeschoben, die Unterlippe nach abwärts und rechts verzogen.

Ein Finger, den man dem Kinde in den Mund steckte, wurde nicht mit den Lippen erfaßt, obwohl Zunge und Kiefer Saugbewegungen machten. Die Augenbewegungen waren frei, das Kind konnte schlucken, wenn ihm durch ein Röhrchen Nahrung in den Mund gebracht wurde.

Elektrische Untersuchung: Die vom Facialis versorgte Muskulatur ergab keine Reaktion weder auf galvanischen noch auf faradischen Strom, nur die Mm. orbiculares palpebrarum reagierten auf beide Stromarten. Keine Entartungsreaktion. Bei einer späteren Prüfung reagierte kein Muskel.

Das Kind starb an Bronchopneumonie. Gehirn und Rückenmark wurden mikroskopisch nach der Marchi-Methode untersucht, beide Nn. faciales in Müller'sche Flüssigkeit eingelegt. Nur hier und da wurden Reste der vom Facialis versorgten Muskulatur gefunden. Sonst ließen sich keine Veränderungen entdecken, mit Ausnahme der Facialiskerne; dort war eine große Zahl von Zellen geschwunden, andere waren atrophisch, mit schlecht entwickelten Fortsätzen, die Nissl'schen Körperchen unregelmäßig und die Zellen klein.

Die Nerven zeigten deutliche Degeneration im aufsteigenden Wurzelteil, in ihrem geschlossenen Verlaufe und im austretenden Teile. Die entarteten Fasern ließen sich bei ihrem Durchtritt durch die normalen Abducensfasern verfolgen, wie dies von Gowers und Gudden beschrieben ist. Die Nn. faciales zeigten nach ihrem Austritte aus der Brücke auch entlang ihrem ganzen Verlaufe Entartung, dagegen erwiesen sich die spärlichen Muskelstückchen, die sich finden ließen, als normal.

Die Verff. meinen, daß der Fall auf einer mangelhaften Ernährung oder Toxinvergiftung der Facialiskerne beruht, indem die mangelhafte Entwicklung ihrer Zellen die Degeneration der zugehörigen Nerven und Muskeln zur Folge hatte.

Ashby (Manchester).

B. Sachs. *Amaurotic Family Idiocy. (Antawrotische familiäre Idiotie.)* (Journ. of mental a. nerv. Dis., Jan. 1903.)

Verf. widmet den wesentlichsten Teil seines Aufsatzes den pathologisch-anatomischen Verhältnissen. In dem beschriebenen Falle wurde eine durchgreifende Untersuchung des Zentralnervensystems vorgenommen, nur Sektion der Augen von den Angehörigen nicht gestattet. Als vorwiegende Läsion fand Sachs Degeneration der Rinde mit sekundärer Entartung der Pyramidenbahnen. Verf. nimmt an, daß der Prozeß zuerst eine Bildungshemmung darstelle: im Alter von drei bis sechs Monaten finde ein Stillstand in der Entwicklung der Ganglienzellen statt, bald darauf trete regressive Metamorphose ein, die, wie im vorliegenden Falle, bis zum Kernschwund fortschreiten könne. Sachs meint, daß eine originär verminderte Lebensfähigkeit der Zellen anzunehmen sei: erstens mit Rücksicht auf die familiären und eigentümlichen Rassenverhältnisse, zweitens weil infektiöse Momente bisher nicht nachweisbar sind.

Wachenheim (New-York).

Mendel K. *Erfolg der Organtherapie in einem Falle von infantilem Myxödem.* (Centralbl. f. Kinderh. 1903, Nr. 1.)

Schilderung eines einschlägigen Falles bei einem 7½-jährigen Mädchen, welches seinem Aussehen nach etwa einem 3-jährigen Kinde entsprach. Durch zehnmonatliche Thyreoidindarreichung (0.1—0.3 pro die in Tablettenform nach Bourroughs, Wellcome & Co.) erhebliche Besserung. Durch Röntgenaufnahmen vor und nach der Kur werden namentlich die Veränderungen der Hand, des Knie- und Fußgelenkes veranschaulicht.

H. Brüning (Leipzig).

Fritz Spieler. *Ein Fall von angeborener traumatischer Radialislähmung.* (Demonstration.) (Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 5.)

Ein nun 13 Monate altes Kind zeigte gleich nach der Geburt unterhalb des rechten Ellbogengelenkes ein unregelmäßig begrenztes Geschwür und die Erscheinungen einer Lähmung der vom Radialis versorgten Vorderarm-Muskulatur. Jetzt besteht die für eine Radialislähmung typische Hand- und Fingerstellung, der gelähmte Vorderarm ist dünner und kürzer als der gesunde, dem seinerzeit bestandenen Geschwür entspricht eine Narbe, die an der dem Radialisverlauf entsprechenden Stelle besonders tief greift. Aetiologisch ist die Lähmung mit dem den Nerv mitbetreffenden Gewebszerfall in Zusammenhang gebracht und dieser mit einer intrauterinen amniotischen Umschnürung des Vorderarmes. Neurath (Wien).

Karl Preleitner. *Zwei Fälle von angeborenen partiellen Claviculardefekten.* (Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 3.)

Zwei Geschwister, ein 12 Jahre alter Knabe und ein 8 Jahre altes Mädchen, zeigten denselben Defekt. Beide Schlüsselbeine bestanden aus je 2 Teilen, welche, den Knickungswinkeln entsprechend, durch straffe Bandmassen gewissermaßen pseudarthrotisch verbunden waren und eine abnorme Beweglichkeit gestatteten. Nach vorne konnten die Schultern einander bis zur Berührung genähert werden.

Neurath (Wien).

E. Haim. *Ueber angeborenen Mangel der Fibula.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 31.)

Mitteilung eines Falles von vollständigem Mangel der Fibula mit Defekt der lateralen Fußknochen (vorderer Anteil des Calcaneus, Os cuboid., 3. Keilbein und ganze 5. Zehe).

Gegenüber den bisherigen Anschauungen, daß Traumen, ferner Einfluß eines Fötus auf den anderen bei Zwillingsschwangerschaften, endlich Einwirkung der Nabelschnur, Verwachsung mit dem Amnion, geringe Fruchtwassermenge als Ursache dieser Deformität anzusehen sind, glaubt Verf., daß es sich vielmehr um eine mangelhafte Anlage des Keimes selbst handelt, wofür das häufig hereditäre Auftreten und die Komplikation mit anderen Deformitäten zu sprechen scheinen.

Klinisch ist die Mißbildung charakterisiert durch Verkürzung des Unterschenkels und Verkrümmung, bzw. Einknickung der Tibia, Einsenkung der Haut an dieser Stelle, vollständigen Mangel der Fibula, die höchstens zuweilen durch einen sehnigen Strang ersetzt ist, Atrophie der Wadenmuskulatur, extreme Valgusstellung des Fußes und zumeist noch durch Defekt des lateralen Fußskelettes.

Nach Beendigung des Wachstums der Epiphyse soll in seinem Falle die Therapie in schräger Osteotomie der Tibia und nachfolgender Extension behufs Verlängerung des Unterschenkels und in Korrektur der Valgusstellung des Fußes durch Arthrodesen bestehen.

Paul Keller (Gnesen).

M. Sperling. *Zur Actiologie der sogenannten intrauterinen Frakturen.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 42.)

Knickungen von fötalen Extremitätenknochen sind nach Ansicht des Verf. auf Grund seiner mechanischen Experimente und der mikroskopischen Untersuchung eines einschlägigen Falles nicht als intrauterine Frakturen, sondern als Verbiegungen und Knickungen des nicht differenzierten embryonalen Blastems, hervorgerufen durch amniotische Fäden, aufzufassen. Er schlägt vor, die Bezeichnung „intrauterine Frakturen“ fallen zu lassen.

Paul Keller (Gnesen).

Fuchsig. *Ein Fall von Atresia et Hypoplasia ilei congenita infolge fötaler Verlagerung in eine Mesenteriallücke.* (D. Z. f. Chir., Bd. 66, S. 364.)

Inhalt aus dem Titel ersichtlich. Schiller (Karlsruhe).

Hoppe. *Beitrag zur Lehre von den angeborenen Kreuzsteißbeingeschwülsten.*

Bei einem totgeborenen Knaben bestand eine mannsfaustgroße Geschwulst am hinteren Körperende. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein aller 3 Keimblätter. Verf. stellt sich deshalb mit Wilms auf den Standpunkt, daß sein Tumor ein bürgerminaler sei. Schiller (Karlsruhe).

Bockenheimer. *Zur Actiologie der Bauchblasengenitalspalte.* (Arch. für klin. Chir., Bd. 69, S. 669.)

Auf Grund eines Falles dieser Affektion, bei dem auch eine kongenitale Fraktur der linken Tibia mit hochgradiger Deformität des Fußes bestand, kommt Verf. durch die eingehendere Analyse zu dem Schlusse, daß ein Trauma, u. zw. etwa in der 9. bis 10. Woche des Fötallebens einsetzend, die Mißbildung verursacht habe.

Schiller (Karlsruhe).

L. Heusner. *Beitrag zur Pathologie und Therapie des Plattfußes.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 46.)

Verf. bespricht die 3 verschiedenen Formen des Plattfußes — des angeborenen, des rhachitischen und des kontrakten — sowie die verschiedenen Behandlungsmethoden und ihre Resultate. Beschreibung einer neuen Methode der Nachbehandlung der von Roser eingeführten gewaltsamen Korrektur.

Paul Keller (Gnesen).

Leuglet et Mantoux. *Exostoses multiples ostéogéniques.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 4.)

Ein 11½-jähriges Kind kam wegen einer Hyperkeratose in Behandlung, die in kurzer Zeit durch Salbenbehandlung zurückging. Seit dem 4. Lebensjahre waren bei dem Kinde zahlreiche Exostosen von Erbsen- bis Kastaniengröße an den verschiedensten Teilen des Skelettes (Rippen, Brustbein, Clavicula, Schulterblätter, Knochen der oberen und unteren Extremitäten) aufgetreten, ohne Beschwerden zu verursachen; geringe Skoliose der Rückenwirbelsäule; keine Rhachitis; keine weiteren Exostosen bei Angehörigen der Familie. Verf. nehmen an, daß es sich um Störungen der Knochenentwicklung handelt und konnten dies durch Röntgenuntersuchung bestätigen.

H. Brüning (Leipzig).

Kirmisson. *Introduction à l'étude de la clinique chirurgicale infantile.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 1.)

Im Gegensatz zu den Spezialisten für Ohren-, Nasen-, Augen-, Hautkranke u. dgl., deren Gebiet anatomisch begrenzt ist, be-

schäftigt sich die Chirurgie des Kindesalters, auf physiologischer Basis beruhend, in erster Linie mit den Störungen des wachsenden Organismus. Hier kommen in Betracht krankhafte Veränderungen des Knochensystems (Tuberkulose, Osteomyelitis, Rhachitis, Lähmungsanomalien), welche eine genaue Kenntnis der deskriptiven Anatomie, sowie der Knochenentwicklung verlangen; ferner gehören in dieses Gebiet angeborene Erkrankungen (Mißbildungen, Tumoren etc.), welche ihrerseits wiederum die Kenntnis der embryologischen Entwicklung voraussetzen.

H. Brüning (Leipzig).

W. Herzog. *Ueber Papiermachéverbände zu chirurgisch-orthopädischen Zwecken.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 58.)

Verf. empfiehlt auf Grund längerer Erfahrung die Herstellung abnehmbarer Hülsenverbände, Korsetts etc. aus Papier. Streifen dicken Packpapiers werden dick mit Kleister, einem Brei aus Roggenmehl, heißem Wasser und Kölner Leim, bestrichen, die Streifen in 3 bis 6 Lagen auf einem in bekannter Weise angefertigten Gipsmodell übereinandergelegt. Garnierung der Verbände wie üblich. Vorzüge sind Leichtigkeit, Festigkeit und Billigkeit.

Paul Keller (Gnesen).

W. Becker. *Die anatomische und klinische Grundlage des orthopädischen Korsetts.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 14.)

Mit Rücksicht auf den anatomischen Bau der Wirbelsäule ist für Stützung der Halswirbelsäule, bezw. des Kopfes, die Hinterhauptkinnstütze, eventuell die Hinterhaupt-Stirnstütze, zu empfehlen, für Brust- und Lendenwirbelsäule kann nur eine Stützung von hinten her in Betracht kommen; Achselbrücken und Peloten, die auf den Thorax einen seitlichen Druck ausüben, sind unbedingt zu vermeiden. Der günstigste untere Stützpunkt ist der Beckenring. Der Bau des Korsetts richtet sich darnach, ob es zu Fixation, Stützung, Entlastung oder Redressement dienen soll. Indiziert hält Verf. die Korsettherapie bei neurogenen Deformitäten, Tabes, Paralyse nach Poliomyelitis, Dystrophia musculorum progressiva, bei Spondylitis, u. zw. rheumatica, traumatica, deformans in frühen Stadien, bei Spondylitis tuberculosa in den späteren; von rhachitischen Verkrümmungen können nur solche stärkeren Grades in Betracht kommen, von den habituellen nur die schwersten Fälle und solche, bei denen die größte Krümmung in den Lendenabschnitt fällt.

Paul Keller (Gnesen).

Chatelier. *Ponction galvano-caustique des abcès retro-pharyngiens.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Heft I, S. 87.)

Verf. empfiehlt für die Eröffnung der retropharyngealen Abszesse die Verwendung des Galvanokauters. Das Verfahren und der erforderliche Apparat werden bis in die kleinsten Details genau beschrieben. Der Vorteil gegenüber der Eröffnung mit dem Messer

liegt nach Chatelier darin, daß sich die gesetzte Punktionsöffnung nicht eher wieder schließt, bis aller Eiter entleert, alles nekrotische Gewebe abgestoßen ist. Das geringe Lumen der Punktionsöffnung soll verhindern, daß der Eiter, wie bei der breiten Eröffnung mit dem Messer, plötzlich in großen Mengen herausstürzt, in die Lunge gelangt und aspiriert wird.

R. Weigert (Breslau).

Kredel. *Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1903, H. 1, S. 124.)

Verf. stellt an der Hand einiger in der Kinderheilanstalt Hannover beobachteten Fälle die Forderung auf, bei der Behandlung von in die Luftwege gelangten Fremdkörpern, die nicht ohne weiteres per os zu extrahieren sind, stets zunächst die Tracheotomie auszuführen. Von den Tracheotomiewunden aus ist mit Verzicht auf die Kontrolle durch einen Spiegel mit aseptischen Sonden der Sitz des Fremdkörpers festzustellen, und der Versuch zu machen, den Fremdkörper mit Hilfe einer biegsamen Drahtöse zu fassen und zu lockern. Die Expektoration des Fremdkörpers ist dann durch die Tracheotomiewunde möglich, während sie vorher durch die Glottis nicht möglich war. Die mitgeteilten Fälle sprechen für das Verfahren des Verf.s. Die Bronchoskopie (Killian) hält Kredel nur für den Spezialisten für brauchbar.

Th. Weigert (Breslau).

Jalaguier. *Traitement de l'appendicite.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 2.)

In diesem in der Gesellschaft für Chirurgie am 24. Dezember 1902 gehaltenen Vortrage über Behandlung der Appendicitis tritt Jalaguier auf Grund einer Beobachtungsreihe von 241 Fällen akuter Blinddarmentzündung mit 234 Heilungen und 7 Todesfällen (etwa 3 $\frac{0}{10}$) für das exspektative Verhalten ein (absolute Bettruhe, Diät, Eisblase, Opium). Unter allen Umständen in jedem Falle von akuter Perityphlitis zu operieren, hält Jalaguier mit Rücksicht auf die verschiedenartigen Ursachen der Erkrankung für durchaus verwerflich.

H. Brüning (Leipzig).

v. Eiselsberg. *Zur radikalen Behandlung der Darminvagination.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, S. 1.)

13 Fälle, wovon 7 chronische, 3 subakute, 3 akute, davon 2 Kinder. In 12 Fällen wurde die Totalresektion auch nach gelungener Desinvagination ausgeführt, nur 3 gingen im unmittelbaren oder mittelbaren Anschluß an die Operation zugrunde. Die vorgängige Desinvagination gelang 5 mal vollkommen, 2 mal teilweise, 5 mal gar nicht. In 6 akuten Fällen mit schlechtem Allgemeinzustand soll man sich mit der Desinvagination begnügen, sonst reseziieren, um das in seiner Ernährung beeinträchtigte Darmstück, das eine Gefahr für den Organismus bedeutet, zu entfernen.

Schiller (Karlsruhe).

v. Mangoldt. *Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, S. 82.) (Festschrift für v. Esmarch.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung von Diaphysenhöhlen der Tibia nach Sequestrotomie Hauttransplantationen nach Thiersch, für Epiphysenhöhlen Auskleidung mit Hautperiostlappen.

Schiller (Karlsruhe).

Kölliker. *Osteotomie und Osteoklase bei rhachitischen Deformitäten der unteren Extremität.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, S. 48.)

Kölliker empfiehlt, bei Kindern vor dem 5. Lebensjahre nur ganz ausnahmsweise zu operieren. Er versucht stets zuerst manuelle oder instrumentelle Osteoklase, erst wenn diese erfolglos, die Osteotomie bald am Femur, bald an der Tibia, bei rhachitischer Curvatur im unteren Tibiadrittel mit vorderer oder äußerer Konvexität Keilosteotomie.

Schiller (Karlsruhe).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

Méry M. H. *Prophylaxe des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 4.)

Nach klinischen und experimentellen Erfahrungen sind Kinder für Infektionen nicht nur leichter empfänglich, sondern auch mehr zur Verbreitung disponiert. Hiergegen kommen zum Schutze der Gesunden in Frage neben der Isolierung der an Infektionskrankheiten leidenden Kinder, Desinfektion des Arztes und der mit dem erkrankten Kinde in Berührung gewesenen Personen und Gebrauchsgegenstände. Es folgt nun eine genaue Schilderung der jetzt in den meisten größeren Kinder-Krankenhäusern getroffenen Maßnahmen, durch welche diesen Anforderungen genügt wird (Krankenwagen, Isolierbaracken für die verschiedenen Krankheiten, Beobachtungsstationen, Instruktionen für das Pflegepersonal, Desinfektionsmaßregeln etc.). Näheres hierüber im Original.

H. Brüning (Leipzig).

Ager. *Infant Diarrhoeal Mortality in Brooklyn: its Cause and Preventability.* (Die Säuglingssterblichkeit an Durchfall in Brooklyn: ihre Ursachen und Verhütungsmöglichkeit.) (Brooklyn Med. Journ. Feb. 1903.)

Im Jahre 1881 betrug die Kindersterblichkeit an Durchfall in Manhattan (Alt New-York) 2·97 pro Mille, in Brooklyn 2·57; im vergangenen Jahre waren die Zahlen 1·21 und 1·31; also ist der letztere viel günstiger gelegene Stadtteil in der Assanierung entschieden zurückgeblieben. (Die meteorologischen Verhältnisse der

beiden Jahre waren fast identisch.) Der Umschwung zu gunsten der Altstadt erfolgte anfangs der Neunzigerjahre und hat sich seitdem fast alljährlich wiederholt.

Die Ursachen dieses Uebelstandes findet Verf. erstens in der weniger modernen Wohnungsregulierung in Brooklyn, zweitens in der dortigen schlechten Beschaffenheit der Straßen, drittens und nicht zum geringsten Teile in der mangelhafteren hygienischen Bildung des Publikums und wohl auch der Aerzte. Den bedeutenderen Fortschritt in Manhattan schreibt Verf. ganz richtig der gewissenhafteren Beaufsichtigung seitens des Gesundheitsamtes (bis zur Vereinigung mit New-York, 1898, getrennte Verwaltung), und der Belehrung des Volkes bezüglich der zweckmäßigen Kinderernährung zu.

Brooklyn hatte sich in dem erwähnten Zeitraum von 600.000 auf 1.200.000 Einwohner vergrößert, bildete aber bis zur Vereinigung mit New-York ein erschreckendes Beispiel veralteter Kleinstädtereie, von der die letzten Ueberreste noch der Ausrottung harren.

Wachenheim (New-York).

Siegfr. Weiß. *Die Säuglingsheilstätten.* (Vortrag im Wiener med. Doktorenkollegium. Wiener med. Presse 1903, Nr. 6, S. 257.)

Die gegenwärtig überall aktuell gewordene Frage der Säuglingsheilstätten würdigt Weiß hauptsächlich in Bezug auf die praktischen Erfolge und den Nutzen derselben. Er bespricht die Grundprinzipien in der Einrichtung der bisher in Dresden, Berlin, Straßburg und Heidelberg bestehenden Heilstätten und kommt in Rücksicht auf deren Leistungen zu folgenden Ergebnissen:

Die Säuglingsheilstätten haben vor allem das Vorurteil gegen die Massenverpflegung der Säuglinge zum Weichen gebracht durch Rettung solcher kranker Säuglinge, die ohne ihren Schutz zugrunde gegangen wären.

Sie haben die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre von früher 80% auf gegenwärtig 20% herabgedrückt.

Sie haben ein Steigen der Zahl der mit Gewichtszunahme Entlassenen von 33% auf 66% bewirkt.

Sie haben die auf Hausinfektionen zurückzuführenden Todesfälle von 49.1% auf 14.1% reduziert.

Sie sind Zentralstellen einer allen realen und ideellen Anforderungen entsprechenden Ammenversorgung.

Sie nützen den Aerzten durch Beistellung von praktisch ausgebildeten Säuglingskrankenpflegerinnen und befreien ihn und den kranken Säugling von schädigenden Mißbräuchen ungeeigneter Kinderfrauen. — Ihr indirekter Nutzen und ihre weittragende Bedeutung ist schließlich die Propaganda des Selbststillens und der rationellen künstlichen Säuglingsernährung im Volke.

Unger (Wien).

Dietrich. *Säuglingsernährung und Wöchnerinnen-Asyle.* (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. XXII. 1903, S. 46.)

Verf. versuchte, mit Hilfe des Materials des Kölner Wöchnerinnen-Asyls, einen Einblick zu bekommen, wie in Köln die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge in der ärmsten Bevölkerungsklasse liegen. In dem Institute werden nur bedürftige verheiratete Frauen zur Entbindung aufgenommen. An alle in den Jahren 1900 und 1901 im Asyl entbundenen Frauen, welche mit lebenden Kindern entlassen wurden, hat Verf. Anfragen gerichtet, ob und bis zu welchem Alter das Kind gestillt, warum es abgesetzt wurde, welche künstliche Nahrung es erhalten hat, ob und woran es gestorben ist. Beantwortet wurden 628 von 846 Karten. Nach den Angaben der Mütter wurden von den 628 Kindern 135 9 volle Monate gestillt, 320 Kinder mindestens 3 Monate. Rechnet man dazu die Kinder, welche neben der Brust Beinahrung erhielten, so lauten die entsprechenden Zahlen $212 = 33.75\%$ und $385 = 61.3\%$. Von den Müttern, welche innerhalb der ersten 3 Monate oder von vornherein von ausschließlicher Brusternährung absahen, wird in 258 Fällen Unfähigkeit zum Stillen, resp. Mangel an Muttermilch angegeben.

Wenn wir berücksichtigen, daß die Todesfälle in den ersten 10 Lebenstagen vollständig aus der Statistik ausgeschlossen werden, so muß die Sterblichkeit (22.45% der Lebendgeborenen) als außerordentlich hoch bezeichnet werden, und es ist nur zu begreiflich, daß der Verf. dringend für die aus dem Asyl entlassenen Kinder eine ärztliche Ueberwachung durch einen erfahrenen Kinderarzt fordert und gegen alle die Einflüsse, welche die Ernährung an der Brust einschränken (Hebammen), energisch Einspruch erhebt.

Erwähnt sei noch, daß während der 10tägigen Dauer des Asylaufenthaltes 90% der Mütter ihre Kinder selbst stillen, daß von den Kindern, welche 3 Monate oder länger ausschließlich Muttermilch erhielten, 8.12% , von denen, welche von Anfang an oder schon in den ersten 3 Monaten künstlich genährt wurden, 37.33% starben.

Keller.

Hastings. *A Synopsis of ten Weeks' Service on the Boston Floating Hospital.* (Ein Abriß eines zehnwöchentlichen Dienstes im Bostoner Schwimmhospital.) (Boston Med. u. Surg. Journ., Jan. 15, 1903.)

Vor etwa zehn Jahren kam man in New-York auf den Gedanken, während der ärgsten Sommerhitze für die an Magendarm-erkrankung leidenden Kinder, der reineren Luft wegen, ein Hospital auf einem Schiffe einzurichten. Bald darauf ging man in Boston auf dieselbe Idee ein.

Der Jahrgang 1902 kann nicht gerade typisch genannt werden wegen der abnormen Kühle (Temperatur des Sommers in New-York 21.5°C. , 1901 dagegen 24°), die Morbidität unter den Kindern war dementsprechend nicht besonders hoch. Von Juli bis September machte das Schiffhospital 70 Fahrten, an warmen Tagen mit bis 1600 sogenannten Tagespassagieren. Außerdem wurden

57 Betten für Schwerkranke eingerichtet, in denen die betreffenden Pat. mehrere Tage bis Wochen bleiben konnten; in dieser Abteilung wurden im ganzen 272 Kinder aufgenommen, 128 mußten wegen Mangels an Raum zurückgewiesen werden. Die Sterblichkeit betrug 31%; in Betracht des oft desolaten Zustandes der Kleinen ein recht günstiges Resultat, das in einem Hospital auf dem Lande nicht zu erreichen wäre. In den letal verlaufenden Fällen ergab die Sektion fast stets akute follikuläre Enterokolitis.

In Bezug auf Nahrung konnte, den Kindern eine recht keimarme Milch (unter 30.000 Keime pro Kubikcentimeter) dargereicht werden; dieselbe wurde daher nur erwärmt, nicht sterilisiert, verabreicht. Die darmkranken Kinder bekamen Reiswasser mit etwas Dextrin oder eine Eiweißgerstenschleimmischung (nach Jacobi), in anderen Fällen leisteten Fleischsaftpentonate gute Dienste. Bei großer Prostration gab man *Alcoholica*, *Digitalis*, normal *NaCl*-Lösung subkutan. Enteroclyse wurde in geeigneten Fällen angewandt, für hartnäckiges Erbrechen blieb die Magenausspülung mit *NaCl* das souveräne Mittel, bei Durchfall gaben Wismut und Tannalbin den besten Erfolg. Wachenheim (New-York).

Inauguration de la polyclinique Henri de Rothschild. (Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1903, II. Bd., S. 64.)

Am 19. Dezember 1902 ist die neue Poliklinik H. de Rothschild in der Rue Marcadet feierlich eröffnet worden, unter dem Präsidium des Unterrichtsministers, im Beisein der Verwaltungsbehörden, von Professoren, Senatoren, Deputierten, mit allem Pomp, welcher unter günstigen Umständen in Frankreich bei solchen Gelegenheiten entfaltet zu werden pflegt, der aber in diesem Falle durch die musterhafte Einrichtung der Anstalt tatsächlich gerechtfertigt wird. Neben den Räumen, die für klinische und poliklinische Zwecke bestimmt sind, finden sich photographische und radiographische Laboratorien, eine Bibliothek von 12.000 Bänden etc. Ansprachen wurden gehalten von H. de Rothschild selbst, von Prof. Budin und vom Unterrichtsminister. Keller.

Berichte.

XII. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Düsseldorf am 1. Februar 1903.

L. Rensburg (Solingen) demonstriert die makroskopischen und mikroskopischen Präparate zweier Fälle von Hauttuberkeln als Symptom von akuter Miliartuberkulose. Die Hautstücke kommen von zwei Brüdern, die in kurzer Zeit an Miliartuberkulose zugrunde gingen. Sie stellen vereinzelte, über die ganze Haut verbreitete, derbe, mohnkorngroße bis höchstens hanfkorngroße, rote, sich von der gesunden Umgebung scharf absetzende Knötchen dar, die stellenweise mit einem kleinen Schüppchen bedeckt sind, stellenweise aber auch, wie sie unter den Augen des Arztes entstanden, auch unter dessen Augen wieder sich zurückbildeten; Uebergang und Ulceration konnte nicht bemerkt

werden. Mikroskopischer Befund: Junges Granulationsgewebe, scharf von der Umgebung abgesetzt, ohne besondere Gefäßneubildung, an einer Stelle deutlich nekrotisierte Gewebsmassen, das Stratum corneum über den Knötchen erhalten (nicht durchbrochen von ihnen) und verdickt; keine Riesen- oder epitheloiden Zellen; am Grunde des Knötchens reichlich Tuberkelbazillen; in den Gefäßen sind Bazillen nicht nachweisbar.

Die Miliartuberkel der Haut scheinen sehr selten zu sein, sie sind in keinem Lehr- oder Handbuch erwähnt, obschon sie ja auch differentialdiagnostisch verwertbar sind. Auch in der Literatur findet sich nur eine analoge Publikation von Leichtenstern. Im Anschluß an die Präparatemonstration zeigt Rensburg ein Kind, das neben anderen Zeichen einer Tuberkulose (Pleuritis, Fungus des Handgelenkes, Spitzenaffektion der rechten Spitze) auch diese Hauttuberkulide in gleicher klinischer Form zeigt, sie sind zum Teil in kleine Skrophuloderme umgewandelt, zum Teil zeigen sie noch die ursprüngliche derbe, mit der oben demonstrierten identische Form. Die klinisch gestellte Diagnose soll noch histologisch und bakteriologisch an einem exzidierten Knötchen erhärtet werden.

II. Castenholz (Köln): In seinem Vortrage „Ueber die Aetiologie der Rhachitis“ erläutert Castenholz zunächst eine im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1895 veröffentlichte Arbeit von Wachsmuth „Zur Theorie der Rhachitis“, in welcher die Rhachitis als eine CO_2 -Intoxikation des kindlichen Körpers oder eine Asphyxie des wachsenden Knochens bezeichnet wird. Diese CO_2 -Theorie der Rhachitis hält Castenholz für diejenige, welche sich am meisten mit den klinisch beobachteten Tatsachen deckt.

Im allgemeinen wird die Rhachitis nicht so beobachtet, daß man zu richtigen Schlüssen kommen kann. Es ist vielmehr erforderlich, neugeborene Kinder von Müttern, deren frühere Kinder schon rhachitisch waren, so zu beobachten, daß man instände ist, die Rhachitis entstehen zu sehen. Zu dem Zwecke müssen schon während der Schwangerschaft nicht durch bloße Aufnahme einer Anamnese, sondern durch eigene persönliche Untersuchung die sozialen und hygienischen Verhältnisse, sowie die Lebensgewohnheiten und die Gesundheit der Eltern möglichst genau festgestellt werden. Das in diese Verhältnisse eintretende neugeborene Kind muß alsdann genau beobachtet werden. Diese Art der Beobachtung ist nicht leicht. Die Ergebnisse bestätigen aber durchaus die Wachsmuth'sche Theorie; man sieht die Rhachitis stets infolge hygienischer Fehler in der Wartung und Pflege der Kinder entstehen. Diese Fehler sind alle geeignet, den CO_2 -Gehalt im kindlichen Körper zu erhöhen. (Die Arbeit soll im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht werden.)

Zur Diskussion: Paffenholz, Selter, Conrads, Rensburg, Mayer, Dreher.

III. Selter (Solingen): Vorläufige Mitteilung über Buttermilchkonserven. Ausgehend von der Erfahrung, daß die Buttermilch in der Therapie der Verdauungsstörungen der Säuglinge als leicht verdauliche Eiweißmilch (kaseinarme Milch) ein schwer entbehrliches Nährpräparat sei, hat er bei Anwendung derselben sehr unangenehm empfunden, daß verwendbare Buttermilch nicht tagtäglich und überall zu beschaffen ist, und daß selbst an Orten, wo einwandfreie Molkereien bestehen, die Buttermilch, weil Nebenprodukt der Butterfabrikation, nicht immer in für den Säuglingsdarm unschädlicher Weise gewonnen wird, sondern krankmachenden Gärungen — schleimiger, fettsaurer, essigsaurer Gärung — unterworfen ist. Aus diesem Grunde hat Selter eine rein milchsäure Buttermilch in Konservenform durch die deutschen Nahrungsmittelwerke herstellen lassen. Nach diversen Nährversuchen wurde als zweckmäßigste Form der Herstellung diejenige mit nur Zucker gefunden. Die Konserve mit 3 Teilen Wasser gemischt ergibt eine Nahrung von 2.59% Eiweißstoffe, (0.44% Albumin, 2.15 Kasein)

0.5% Fett

8% Zucker

0.5% Milchsäure, entsprechend circa 600—650 Kalorien pro 1000 g.

Bezüglich des Eiweißgehaltes, sowie des Verhältnisses des Kaseins zum Albumin würde also die Nahrung die Mitte zwischen Kuhmilch und Frauenmilch halten. Die Ausführungen wurden mit einer Anzahl Auszüge aus Krankengeschichten belegt.

Diskussion: Paffenholz hält die Sonntagstörungen im Buttermilchbetrieb für vermeidlich, wenn Samstags das doppelte Tagesquantum frisch geliefert und sofort gekocht wird. Er macht einige Mitteilungen über Erfolge mit Buttermilchernährung. Störungen von allzu hohem Säuregrad (über 33 Soxhlet) waren geringfügig, wenn es sich nur um Milchsäure handelte; es ist wichtig, daß keine Buttersäure-Gärung stattfindet.

Rey (Aachen).

Besprechungen.

A. B. Marfan. *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.* (II. Auflage. Paris. G. Steinheil. 1903, 586 Seiten.)

Die Franzosen besitzen zwei größere Werke, welche sich ausschließlich mit Säuglingsernährung beschäftigen: das vorliegende Werk Marfans und Budins „Le Nourrisson“. Beide Lehrbücher ergänzen sich in ihrem Inhalt in glücklicher Weise, jedes von ihnen hat in seiner Art besondere Vorzüge, welche ihm einen hervorragenden Platz nicht nur in der französischen, sondern in der Weltliteratur sichern. Dem Marfan'schen Werke fehlt das, was als ein besonderer Vorzug des Budin'schen erscheint, die Fülle von gutgewählten Beispielen, klinischen Beobachtungen, Körpergewichtskurven, auf welche Budin sich bei seinen Erörterungen stützt und durch welche er sie illustriert.

Einzelne Mängel, welche der ersten Bearbeitung anhafteten, sind in der zweiten Auflage vermieden, resp. vermindert. Das Kapitel über Säuglingsstoffwechsel ist erweitert, besondere Sorgfalt hat Verf. jedoch auf eine ausführlichere Darstellung der künstlichen Ernährung, der Ernährung von kranken und schwach geborenen Kindern verwendet. Neu hinzugekommen ist ein Kapitel über vitale Eigenschaften, Enzyme der Milch, welches schon dadurch besondere Beachtung verdient, weil Verf. sich mit eigenen Arbeiten lebhaft an diesen Fragen beteiligt hat. Die praktische Bedeutung dieser Forschungen wird nach des Ref. Ansicht von Marfan wohl überschätzt.

Die erste Auflage des vorliegenden Buches dürfte in Frankreich und auch im Ausland zu bekannt geworden sein, als daß es notwendig erschiene, näher auf Einteilung des Stoffes etc. einzugehen. Die neue Auflage wird neue Freunde gewinnen und auch den alten durch die Ergänzungen, Verbesserungen und Umarbeitungen neue Anregung bringen.

Keller.

Dr. Karl Hochsinger. *Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause.* (II. Auflage. Leipzig und Wien. Verlag von Franz Deuticke. 1903.)

Wenn populär geschriebene medizinische Werke im allgemeinen eine Berechtigung besitzen und wir nicht befürchten, das uns Aerzten oft unbequeme halbe Wissen des gebildeten Laienpublikums zu be-

fördern, so müssen wir die Existenzberechtigung insbesondere einem solchen Werke gleich dem vorliegenden zuerkennen, welches dazu behilflich sein will, Eltern in der rationellen Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Das Heft gibt einen Grundriß der Hygiene des Kindes „für Angehörige der vermögenden Stände“, die in der glücklichen Lage sind, für das Wohl ihrer Kinder etwas Vernünftiges tun zu können. Es enthält Verhaltensmaßregeln betreffs Ernährung, Kleidung und Pflege der Kinder von der Geburt angefangen bis zur Beendigung des schulpflichtigen Alters. Das Buch ist in 3 Hauptabschnitte eingeteilt. Der 1. enthält die Besonderheiten der Säuglingspflege, der 2. die allgemeine Kinderpflege, bezw. den Schutz des Kindes gegen Erkrankungen, während der 3. Teil die besonderen Pflegemaßnahmen für lernende und schulbesuchende Kinder behandelt.

Die zweite Auflage des vor 7 Jahren zuerst erschienenen Werkes berücksichtigt die wichtigen Neuerungen, welche seither, besonders auf dem Gebiete der Säuglingspflege und -Ernährung, zutage getreten sind, obzwar der Grundsatz, daß verdünnte Kuhmilch, nach Soxhlets Methode zubereitet, das beste Ersatzmittel der Brusternährung bildet, aufrecht erhalten wird. Das Brustkind erhält in 3stündigen Pausen 7 Mahlzeiten. Das Einwickeln der Säuglinge mit dem Wickelbände wird verpönt und der englischen Methode der Säuglingsbekleidung der Vorzug erteilt. Zur Mundpflege des Säuglings wird täglich einmalige Reinigung erlaubt. Die Anwendung von Schleiern zur Bedeckung des Gesichtes, sowie Lutschbeutel zur Beruhigung des schreienden Kindes werden untersagt. Zur Desinfektion der Wohnräume wird 3% Lysol-, 1:10.000 Sublimat- oder Karbollösung verwendet, sowie Scherings Formalin-Desinfektionslampe oder Rosenbergs Holzin-Verdunstungsbrenner empfohlen. Alkohol wird Kindern gänzlich untersagt, auch die Medikamente sollen absolut alkoholfrei sein.

Im 3. Abschnitte werden die Ursachen und die Bekämpfung der Kurzsichtigkeit und Rückgratverbildungen der Schulkinder eingehend besprochen.

Klare Uebersichtlichkeit und Zweckmäßigkeit der Ratschläge empfehlen das Werk zur Orientierung für Eltern und Anfänger im ärztlichen Berufe.

Loránd (Budapest).

INHALT. Originalmitteilungen. *Camerer.* Die stickstoffhaltigen Bestandteile im menschlichen Urin und die sogenannte Acidose 1. — *v. Starck.* Zur Kenntnis des Vorkommens des Stokes-Adams'schen Symptomenkomplexes im Kindesalter 11. — *Freund.* Cardiospasmus, vermutlich hysterischer Natur, bei einem 2jährigen Kinde 15. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Férd.* Reaktion des Fötus auf psychische Funktionen der Mutter 19. — *Herzberg.* Streptokokken in der Mundhöhle gesunder Brustkinder 19. — *Fr. Kraus.* Hecht. Sauerstofftherapie 19, 20. — *Engel.* Schultze'sche Schwingungen bei Bronchiolitis 20. — *Gnezda.* Salocrool 20. — *v. Noorden.* Chinapheuin 21. — *Rahn.* Bromipinklystiere 21. — *Ostrowsky.* Tannoform bei Intertrigo 21. — **Physische und psychische Entwicklung und Erziehung; Schule.** *Buxbaum.* Krebs. Baum Abhärtung 21, 22, 23. — *Wilbert.* Einfluß

der Rachenmandelhyperplasie auf die Entwicklung 23. — *Périer*. Ueberanstrengung in der Schule 24. — *Emerson*. Augenpflege bei Schulkindern 24. — **Ernährung und Stoffwechsel**. *Jacobson*. Ernährung mit Buttermilch 24. — *Mann, Ladd*. Säuglingsernährung 25. — *Reed* und *Ward*. Streptokokken in der Handelsmilch 25. — *Fürst*. Lävulose 26. — *de Lange*. Phosphaturie 26. — **Klinik der Kinderkrankheiten**. *Pacchioni*. Chondrale Verknöcherung bei Rhachitis 26. — *Matzenauer*. Vererbung der Syphilis 26. — *Schottelius*. Tuberkulose 29. — *Schramm*. Tuberkulöse Peritonitis 30. — *Doebert*. Scharlachendemie auf der Masernstation 30. — *Deut*. Coinzidenz von Masern und Scharlach 30. — *Liebscher*. Influenzabazillen bei Masern und Scharlach 30. — *Variot* und *Le Marc'adour*. Skarlatinöse Otitiden 31. — *Perrin*. Hautgangrän und Sepsis nach Masern 31. — *Moser, Baginsky, Aronson, Moser*. Scharlachstreptokokkenserum 31, 32. — *O'Malley*. Diphtherieheilserum bei Bronchopneumonie 32. — *Monti*. Serumexantheme 32. — *Kohn*. Todesursachen bei Diphtherie 32. — *Wanstall*. Blutbefund bei Keuchhusten 32. — *Turnowsky*. Paralyse, Aphasie und Erblindung bei Keuchhusten 32. — *Sanfelice* und *Malato*. Epidemiologie der Pocken 33. — *Carrière, Netter*. Das Kernig'sche Symptom bei Typhus 34. — *Woods*. Vulvovaginitis gonorrhoeica 34. — *Carrière*. Vulvitis impetiginosa 34. — *Gillet*. Strophulus nach Vaccination 35. — *Fuhrmann*. Erythema nodosum 35. — *Joseph*. Herpes tonsurans 35. — *Ebstein*. Sklerodermie 36. — *Zappert*. Juckausschlag 36. — *Gevaert*. Herpes zoster ophthalmicus. — *Heimann*. Tränenschlaucherung 36. — *Stiles*. Hundebandwurm beim Kinde 37. — *Springer*. Echinokokkus der Pleura 37. — *Drozda*. Akute Leukämie 37. — *Weil* und *Clerc*. Splénomégalie chronique 38. — *Mya*. Pathogenese der Lebercirrhose 38. — *Hochsinger*. Seltene Cardiopathien 40. — *Krautwig*. Plötzliche Todesfälle 40. — *Neter*. Tetanie 41. — *Caccia*. Cerebrospinalmeningitis 41. — *Friedjung*. Glioma cerebri 41. — *John Thomson*. Mundphänomen 42. — *Rainy* und *Fowler*. Möbius'scher Kernschwund 43. — *Sachs*. Amaurotische familiäre Idiotie 44. — *Meudel*. Organtherapie bei infantilem Myxödem 44. — *Spiegel*. Angeborene traumatische Radialislähmung 44. — *Preleitner*. Angeborener partieller Claviculardefekt 45. — *Haim*. Angeborener Mangel der Fibula 45. — *Sperling*. Intrauterine Frakturen 45. — *Fuchs*. Atresia et hypoplasia ilei congen. 46. — *Hoppe*. Angeborene Kreuzsteißbeingeschwülste 46. — *Bockenheimer*. Aetiologie der Bauchblasengenitalpalte 46. — *Heuser*. Plattfuß 46. — *Leuglet* und *Mantoux*. Multiple Exostosen 46. — *Kirmisson*. Chirurgie des Kindes 46. — *Herzog*. Papier maché-Verbände 47. — *Becker*. Das orthopädische Korsett 47. — *Chatelier*. Retropharyngeal-Abszeß 47. — *Kredel*. Fremdkörper in den Luftwegen 48. — *Jalaguier*. Appendicitis 48. — *v. Eiselsberg*. Radikale Behandlung der Darminvagination 48. — *v. Mangoldt*. Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia 49. — *Kölliker*. Osteotomie und Osteoklasten bei rhachitischen Deformitäten 49. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge**. *Méry*. Prophylaxe der Infektionskrankheiten im Hospital 49. — *Ager*. Säuglingssterblichkeit an Durchfall in Brooklyn 49. — *Weiss*. Säuglingsheilstätten 50. — *Dietrich*. Säuglingsernährung und Wüchnerinnenasyle 51. — *Hastings*. Schwimmspital in Boston 51. — **Eröffnung der Poliklinik H. de Rothschild** 52. — **Berichte**. Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte 52. — **Besprechungen**. *Marfan*. Traité de l'allaitement 54. — *Hochsinger*. Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause 55.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Mai.

Band II. Nr. 2.

Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und skrofulösen Hautaffektionen.

Von Ad. Czerny in Breslau.

An den vielen Kindern, welche mir wegen skrofulöser Hautaffektionen zur Behandlung überbracht wurden, fiel es mir auf, daß sich die schwersten Formen dieser Hautaffektionen gerade bei Kindern mit sehr starkem Panniculus adiposus fanden. Dies veranlaßte mich, einen Zusammenhang dieser Befunde anzunehmen und den Versuch zu machen, durch Verhinderung eines starken Fettansatzes das Zustandekommen und den Verlauf skrofulöser Hautaffektionen zu beeinflussen. Die günstigen Erfolge, die ich dabei erzielte, bestätigten mir die Richtigkeit meiner Vermutung und lassen es mir gerechtfertigt erscheinen, meine Erfahrungen mitzuteilen.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Skrofulose-Frage sehe ich mich genötigt, zunächst zu präzisieren, was ich unter der Bezeichnung skrofulöser Hautaffektionen verstehe. Daß ich Skrofulose vollständig von Tuberkulose getrennt wissen will, habe ich bereits an anderer Stelle*) ausgesprochen. Unter den verschiedenen bei skrofulösen Kindern zu beobachtenden Hautkrankheiten möchte ich drei Typen aufstellen, für welche mir eine Beziehung zur Entwicklung des Panniculus adiposus zu bestehen scheint. Der erste Typus ist der sogenannte Milchschorf der Säuglinge. Es ist dies das bekannte Ekzem, welches sich bei Säuglingen oft schon in den ersten Wochen, manchmal aber auch erst nach Ablauf der ersten Lebensmonate an den Wangen entwickelt und entweder auf diese beschränkt bleibt, oder in unzweckmäßig

*) Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1901. Bd. II, Heft 3.

behandelten Fällen auf Stirne und Kopfhaut übergreift. Gerade bei dieser Hautkrankheit zeigt sich in auffälligster Weise, daß sie intensiv in Erscheinung tritt und hartnäckig jeder Behandlung trotzt, wenn es sich um fette Kinder handelt. Bei ausgesprochen mageren Kindern ist sie selten und nur in so leichten Graden zu beobachten, daß sie kaum einer Behandlung bedarf. Diese Erfahrung mag auch zu der weit verbreiteten Anschauung Veranlassung gegeben haben, daß eine Ernährung mit sehr fetter Milch die Ursache der Hautkrankheit sei. Wenn man aber auch von den ersten Anfängen des Milchschorfs eine Ernährung mit sehr fettarmer Nahrung einleitet, so läßt sich das Auftreten des Wangenekzems doch nicht vollständig verhüten, sondern nur so beeinflussen, daß es die geringsten Grade, welche keine nennenswerte Schädigung des Kindes darstellen, erreicht. Es ist deshalb nur so viel richtig, daß durch eine Ernährung, welche zu einem starken Fettansatz führt, der Verlauf des Wangenekzems sehr ungünstig gestaltet wird, keineswegs aber, daß diese Ernährung die veranlassende Ursache ist.

Für den zweiten Typus der hier in Betracht kommenden Hautkrankheiten gebrauche ich die Bezeichnung Prurigo (Synonyma: Strophulus, Urticaria papulosa, Lichen urticatus, Lichen strophulus, Varicella pruriginosa etc.).

Ich fasse unter dieser Bezeichnung die Hautaffektionen der Kinder der ersten Lebensjahre zusammen, welche charakterisiert sind durch das gruppenweise Auftreten von Knötchen, die von starkem Juckreiz begleitet sind und niemals die Tendenz zur Vereiterung zeigen. Dieselben sind zumeist auf dem Rumpfe und an den unteren Extremitäten lokalisiert, verschwinden zeitweilig vollständig, so daß die Haut der betreffenden Kinder ganz normal erscheint, um nach kürzerer oder längerer Zeit immer wieder an anderen Körperstellen von neuem aufzutreten. Bei fettreichen Kindern hat der Prurigo im Stadium der Entwicklung nahezu das Aussehen von großen Quaddeln, während er bei fettarmen Kindern mit geringen Reizerscheinungen gleich in Form von harten Knötchen einsetzt, welche nur wenig über das Niveau der übrigen Haut prominieren und bei der Palpation als kleine harte Hautinfiltrate zu erkennen sind.

Der dritte Typus sind Ekzeme, die meist erst bei Kindern nach dem zweiten Lebensjahre vorkommen und durch ihre Lokalisation in der Ellenbogenbeuge, den Kniekehlen und den Genito-Kruralfaltten gekennzeichnet sind. Wenn diese Ekzeme in manchen Fällen auch gleichzeitig über die bezeichneten Gebiete hinausreichen oder noch andere Körperstellen ergreifen, so zeigt sich doch, daß sie an den Prädispositionsstellen am schwierigsten zu beseitigen sind und am häufigsten rezidivieren.

Jeder, der Gelegenheit hat, Kinder mit Hautaffektionen dieser drei angeführten Typen zu beobachten, wird leicht bestätigen können, daß ein großer Teil dieser Kinder einen so starken Panniculus adiposus aufweist, daß sie von jedem im gewöhnlichen Sinne des Wortes als fett bezeichnet werden würden. Ein Teil dieser Kranken

imponiert dagegen bei äußerer Betrachtung nicht als fett, wenn man aber den Körper derselben genauer untersucht, so ergibt sich, daß sie trotz ihrer scheinbar geringen Körperfülle doch einen beträchtlichen Panniculus adiposus besitzen, welcher nur darum nicht ins Auge fällt, weil sie eine sehr gering entwickelte Muskulatur haben. Das wenige, was bei diesen Kindern an Körpermasse vorhanden ist, ist, trotzdem sie mager aussehen, zum größten Teile Fett.

Versucht man zu eruieren, bei welcher Nahrung und bei welchen Nahrungsmengen die Kinder zu dieser Fettentwicklung gelangt sind, so ergibt sich für eine Anzahl derselben, daß sie in quantitativer und qualitativer Hinsicht so ernährt wurden, daß der starke Fettansatz dadurch ohneweiters erklärt erscheint. Bei einer großen Zahl dieser Kinder steht aber die Art und Menge der Nahrung in keinem Verhältnis zu dem mächtigen Fettansatz des Körpers. Es sind geradezu schwache Esser, welche manchmal die höchsten Grade von Adipositas aufweisen. Es muß sich somit in diesen Fällen um eine pathologische Disposition zur Fettentwicklung handeln. Dieser Umstand ist von großer Wichtigkeit, wenn wir versuchen wollen, durch therapeutische Eingriffe den Fettansatz zu verhindern und dadurch auf die Entstehung und den Verlauf der genannten Hautaffektionen einen Einfluß auszuüben.

Daß ein solcher therapeutischer Versuch gerechtfertigt ist, können wir aus mehrfachen Beobachtungen ableiten. Zunächst schon aus dem Umstande, daß man die genannten Hautaffektionen bei tatsächlich — nicht scheinbar — fettarmen Kindern nur selten und dann in leichten Formen zu sehen bekommt. Ferner kann man sehr oft bei Kindern, welche in den ersten zwei Jahren an Milchschorf und Prurigo zu leiden hatten, diese Hautaffektionen spontan verschwinden sehen, wenn die Kinder bei raschem Längenwachstum und der mit dem Alter zunehmenden Motilität und endlich durch den sich in diesem Alter abspielenden Uebergang von der Milchdiät zur gemischten Kost abmagern. Am auffallendsten ist aber die Erfahrungstatsache, daß bei Kindern, welche an den genannten Hautkrankheiten leiden und an denen oft schon viele therapeutische Eingriffe vergebens vorgenommen wurden, die Hautaffektionen rapid verschwinden, wenn die Kinder durch irgend eine interkurrente Krankheit, wie z. B. durch eine Magendarmerkrankung oder durch eine Infektionskrankheit, rasch und viel an Körpergewicht verlieren.

In so eingreifender Weise rapid die Kinder aus therapeutischen Gründen zu entfetten, ist wegen der damit verbundenen anderweitigen Gefahren nicht angängig. Wir sind aber imstande, in jedem Falle durch Einleitung einer Ernährung, welche weiteren Fettansatz möglichst verhindert, beim wachsenden Organismus eine langsame Abmagerung zu erzielen, bei welcher sich zwar viel langsamer, aber doch, ein entschiedener und nachhaltiger Einfluß auf die Disposition zu den skrofulösen Hautaffektionen erreichen läßt. Der günstigste Erfolg ist zu erzielen, wenn mit der Ernährungstherapie begonnen wird, sobald sich die ersten Symptome einer

skrofulösen Hautkrankheit zeigen. Es ist dies schon darum aussichtsvoller, weil sich die Zusammensetzung des Körpers durch die Ernährung umso leichter umstimmen läßt, je jünger ein Kind ist und je kürzere Zeit eine zur Skrofulose disponierende unzweckmäßige Ernährung auf den Organismus eingewirkt hat. Bekommen wir die Kinder in Behandlung bereits nach monate- oder jahrelangem Bestande der Hautkrankheiten und ungeeigneter Ernährung, so können wir nur mehr durch eine lange und konsequent durchgeführte Ernährungstherapie das erreichen, was beim Säugling im ersten Lebensjahr in verhältnismäßig kurzer Zeit zu erzielen ist.

In welcher Weise können wir nun zunächst beim Säugling die in Rede stehende Disposition durch Ernährungstherapie herabsetzen? Es ist genügend bekannt, daß das an der Brust ernährte Kind im allgemeinen mehr Immunität gegen Infektion aufweist als das künstlich genährte Kind und im Falle einer Infektion sich widerstandsfähiger erweist. Diese Wirkung der natürlichen Ernährung, welche sie jeder künstlichen Ernährung weit überlegen erscheinen läßt, ist bezüglich der Skrofulose nicht vorhanden. Die Ernährung mit Frauenmilch ist im Gegenteil in vielen Fällen ein die Skrofulose der Säuglinge effektiv ungünstig beeinflussender Umstand. Wir sehen oft die schwersten Formen von Milchschorf und Prurigo bei scheinbar üppig gedeihenden Brustkindern. Ich stehe nicht an, dies mir damit zu erklären, daß die Frauenmilch nicht nur die fettreichste Nahrung ist, die wir einem Säugling geben können, sondern auch jene Nahrung ist, bei der ein Säugling ohne sonstige Gefahr die höchsten Grade von Adipositas erreichen kann. Da wir kein Mittel zur Verfügung haben, um den Fettgehalt der Frauenmilch nach Wunsch herabzusetzen, so steht uns kein anderer Ausweg zur Verfügung, als die den Kindern verabreichten Milchquantitäten in den ersten Lebensmonaten auf das notwendigste Minimum einzuschränken, und wenn dies nicht ausreicht, bereits im zweiten Quartal des ersten Jahres zu einem Allaitement mixte oder sogar zur künstlichen Ernährung überzugehen. Der Versuch eines Ammenwechsels ist nicht empfehlenswert; wohl gibt es Frauen, welche eine fettärmere und eine fettreichere Nahrung im Durchschnitt produzieren. Die großen Schwankungen aber, die der Fettgehalt der Milch bei einer und derselben Frau aufweist, machen es unmöglich, eine zweckbewußte Wahl zu treffen. Es wäre niemals auszuschließen, daß eine Amme, bei welcher auch eine mehrmalige Fettgehaltuntersuchung der Milch niedrige Werte ergibt, nach kurzer Zeit eine ebenso fettreiche oder noch fettreichere Nahrung liefert als diejenige, die sie ersetzen sollte.

Das Einschränken der Nahrung soll sofort eingeleitet werden, sobald sich die ersten Zeichen von Milchschorf oder Prurigo zeigen, und wird erreicht durch Herabsetzung der Zahl der Mahlzeiten auf 5, wenn nicht sogar auf 4 in 24 Stunden und, falls das Kind sehr lange an der Brust trinkt, auch durch Verkürzung der Trinkzeit. Es ist fast selbstverständlich, daß man dabei auf glänzende Körpergewichtszunahmen verzichten muß und daß dieselben, wenn

sie vorhanden sind, mit Absicht unter den normalen Durchschnittswerten gehalten werden müssen. Bei einem solchen Vorgehen gelangt man nur selten dazu, ein Kind sehr bald von der Brust absetzen zu müssen. Relativ oft erweist es sich aber als nützlich, schon im zweiten Vierteljahre ein Allaitement mixte derart einzuleiten, daß das Kind täglich einmal anstatt Frauenmilch Fleischbrühe mit Schleim oder Gries erhält. Wird ein Kind künstlich genährt, so ist es notwendig, die Nahrung desselben stets so zusammenzusetzen, daß man zu jeder Zeit mit dem unentbehrlichen Minimum an Milch auskommt. Ich habe mehrfach Kinder beobachtet, bei denen ich genötigt war, um einer starken Fettentwicklung vorzubeugen und skrofulöse Hautaffektionen in Schranken zu halten, die tägliche Milchmenge so langsam zu steigern, daß die Kinder erst am Ende des ersten Lebensjahres pro Tag $\frac{3}{4}$ Liter Milch erhielten. Um mit so kleinen Mengen Milch auszukommen, ist es selbstverständlich notwendig, die Milchnahrung durch passende Kohlehydratzugaben zu ergänzen.

Nach meinen Erfahrungen muß ich die Einschränkung der Milch nicht nur beim Säugling, sondern auch beim älteren Kinde als eine der wichtigsten Forderungen bei der Ernährungstherapie der Skrofulose bezeichnen. Den ungünstigsten Verlauf skrofulöser Hautaffektionen beobachtete ich bei Kindern, welche lange Zeit hindurch einseitig mit Milch, Kakao und Eiern ernährt oder gar gemästet wurden. Nicht nur dies, sondern noch mehr die Tatsache, daß man durch das vollständige Weglassen der Eier in der Nahrung und durch Einschränkung der Milch, so daß dieselbe nur einen sehr geringen Bruchteil der gesamten Nahrung ausmacht, die skrofulöse Hautaffektion in manchen Fällen zum vollständigen Verschwinden und in anderen in sehr leichte Formen überführen kann, bestätigt mir die Richtigkeit meiner Annahme. Da Milch und Eier sehr den Fettansatz der Kinder unterstützen, so ergibt sich, daß man durch sehr beschränkte Verwendung bzw. Vermeidung dieser Nahrungsmittel im allgemeinen, wenn nicht eine ausgesprochene Neigung zur Adipositas vorhanden ist, nur einen schlanken und fettarmen Körperbau der Kinder erreicht. Bei solchen gestaltet sich aber, wie ich bereits ausgesprochen habe, der Verlauf der skrofulösen Hautaffektionen am mildesten.

Während wir im allgemeinen bei normalen Kindern bis zum Ende des zweiten Lebensjahres die Milch den größten Teil der gesamten Nahrung ausmachen lassen, sind wir genötigt, bei skrofulösen Kindern den Uebergang zur gemischten Kost schon im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren oder bei sonst kräftigen Kindern noch etwas früher einzuleiten. Als gemischte Kost verordne ich in solchen Fällen folgendes: zum ersten Frühstück Milch, verdünnt mit Kaffee oder Tee, dazu Gebäck, so viel als das Kind verlangt, aber ohne Butter; zum zweiten Frühstück rohes Obst (ohne Zucker); mittags eine konsistente Suppe mit besonderer Bevorzugung der Leguminosensuppen (Erbsen, Linsen, Bohnen, natürlich puréartig

zerkocht) ferner fein zerteiltes Fleisch und frisches Gemüse (Spinat, Mohrrüben, Kohlrabi, Blumenkohl, Kopfsalat, Schnittbohnen). Kein Kompott, keine süßen Speisen. Zur Vesper abermals Milch, mit Kaffee oder Tee verdünnt, und etwas Gebäck. Abends fein zerteiltes Fleisch mit Brot und Butter, letztere aber in kleinsten Mengen, oder auch an Stelle des Brotes Kartoffeln oder Reis; als Getränk dazu schwachen Tee oder Wasser. In gleicher Weise ist auch während des übrigen Tages vorhandener Durst mit Wasser zu stillen.

Von dem Nutzen innerer Mittel auf den Verlauf skrofulöser Hautaffektionen habe ich mich bisher nicht überzeugen können. Bemerkenswert erscheint mir, daß im Gegensatze zu der nachteiligen Wirkung des Milchfettes Lebertran keine nachweislich ungünstige, aber auch keine über allen Zweifel erhabene, die Heilung unterstützende Wirkung hat. Meine Versuche mit innerer Verabreichung von Bierhefe sind bisher erfolglos verlaufen.

Der gegenwärtige Stand der Lehre von der örtlichen Panatrophie im Kindesalter.

Von Dr. Henry Ashby

Dozent für Kinderkrankheiten an der Victoria-Universität in Manchester

(Der Redaktion zugegangen am 5. April 1903.)

Die von Sir William Gowers¹⁾ als „lokale Panatrophie“ bezeichnete, auch als „halbseitige Gesichtsatrophie“ und „lokale Sklerodermie“ bezeichnete merkwürdige Erkrankung ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis. In manchen Fällen beginnt die Erkrankung schon im Kindesalter, dauert aber mit Rücksicht auf ihren chronischen Verlauf und ihren gutartigen Charakter bis ins hohe Lebensalter bzw. bis zu der Zeit, wo eine interkurrierende Erkrankung den Tod verursacht.

Die Erkrankung ist durch lokale Atrophie der Haut gekennzeichnet, die an verschiedenen Körperstellen auftreten kann und in ihrem weiteren Verlaufe auch auf das subkutane Gewebe einschließlich der Muskeln und Knochen übergreift. In manchen Fällen ist die Erkrankung auf das Gesicht beschränkt, in welchen Fällen man von halbseitiger Gesichtsatrophie spricht.

Aetiologie: In einzelnen Fällen entwickelte sich die Krankheit im Anschlusse an einen Fall [Savill²⁾, Stanley Barnes³⁾], in einem Falle eigener Beobachtung erschien die Verletzung der Haut durch ein Drahtseil von ätiologischer Bedeutung, dann gibt es Fälle, wo erbliche Einflüsse angenommen wurden (A. Bruce⁴⁾), schließlich solche, wo eine Ursache der Erkrankung überhaupt nicht nachgewiesen werden konnte.

Symptome: Einzelne Hauptpartien im Gesicht, bzw. am Stamme oder an den Extremitäten zeigen weiße Farbe, während

die Umgebung dieser Stellen oft eine leichte Pigmentierung aufweist. Die Flecke werden später glänzend oder pergamentartig oder sie ähneln dem Bilde der Sklerodermie. Die Flecke sind unregelmäßig über den Körper verteilt, ohne anscheinende Beziehung zu den Muskeln oder Nervenstämmen. Unterhalb der Flecke verschwindet das subkutane Gewebe, die Muskeln mager ab, ohne ganz zu verschwinden, zeigen auch keine Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Tritt die Erkrankung am Gesicht oder am Fuße [H. Campbell]⁵⁾ auf, so zeigen die unterhalb gelegenen Knochen Verdünnung infolge eines atrophischen Prozesses und so kommt es im Gesichte zu Asymmetrie beider Hälften. In einem von Gowers beobachteten Falle wurde durch die Atrophie des subkutanen Gewebes auch der Stamm des N. facialis in Mitleidenschaft gezogen und es entwickelte sich das typische Bild einer peripheren Facialislähmung.

Die Augenhöhle kann Verkleinerung zeigen, desgleichen Jochbein, Stirnbein, Ober- und Unterkiefer, sowie die Knorpel der Nase und des Ohres. Ebenso kann einseitige Atrophie des weichen Gaumens und der Zunge zustande kommen.

Pathologie: Ueber dieselbe ist nur wenig bekannt. Im Falle von Mendel¹⁾ bestand Neuritis des Trigemini und Atrophie der absteigenden Wurzel. Doch bedarf es noch weiterer Beobachtungen, um für die pathologische Anatomie und Pathogenese der Erkrankung eine feste Grundlage zu gewinnen.

Im nachfolgenden sollen einige einschlägige Beobachtungen mitgeteilt werden:

Marie Alice D., 12 Jahre alt, war nach Angabe der Mutter stets ein gesundes Kind, auch stammt sie aus gesunder Familie. Vor zwei Jahren wurde zum erstenmale bemerkt, daß die linke Gesichtshälfte kleiner war als die rechte, was im weiteren Verlaufe immer stärker sich ausprägte. Status praesens: Mageres, anämisches Kind von sonst anscheinend guter Gesundheit. An der linken Gesichtshälfte, knapp vor dem Ohre, befindet sich ein Streifen glänzender und sklerotisch aussehender Haut, welcher über dem Jochbein an der Haargrenze beginnt und sich nach unten gegen den absteigenden Unterkieferast bis zum Winkel erstreckt, über den Unterkieferast hinwegzieht und in der Medianlinie unterhalb des Kinnes endet, die erkrankte Hautstelle ist gelblich, pergamentartig, mehr oder weniger hart sich anführend und stellenweise direkt narbenartig. Die Sensibilität ist im Gebiete der erkrankten Hautstelle vollständig unversehrt.

Das Gesicht ist an der erkrankten Seite kleiner, der Mund beim Lachen ein wenig nach links verzogen. Die Orbita zeigt gar keine, das Jochbein höchstens ganz geringfügige Veränderung, dagegen zeigen Ober- und Unterkiefer der erkrankten Seite deutliche Verkleinerung, die Zähne zeigen normales Verhalten. Die Muskulatur des Kiefers sowie die Muskeln unterhalb des Kinnes zeigen hochgradige Atrophie. Die linke Zungenhälfte ist nicht kleiner als die rechte, beim Hervorstrecken weicht die Zunge nach links ab. Die

linke Hälfte des weichen Gaumens ist kleiner als die rechte, die Raphe erscheint nach links verzogen. Die Nase zeigt normales Verhalten. An der Stelle, wo der erkrankte Hautstreif die Haargrenze erreicht, ist kein Haarausfall nachweisbar.

Auch in der unteren Lendengegend finden sich Flecke erblaßter Haut, welche sich beiderseits an der Wirbelsäule erstrecken; das subkutane Gewebe und die unterhalb der erkrankten Hautstellen liegenden Lumbalmuskeln sind in die Atrophie einbezogen.



Die Hautflecke sind glänzend, bräunlich gefärbt und erscheinen infolge der Atrophie der unterhalb gelegenen Muskeln vertieft. An der Haut der linken Brustwand finden sich unregelmäßige, weiße, leukodermaähnliche Hautflecke, von schwach bräunlich gefärbten Höfen umgeben. Diese Flecken entsprechen dem Initialstadium der Erkrankung und erinnern an das bei der Lepra beobachtete Bild. Atrophie des subkutanen Gewebes ist an diesen Stellen nicht nachweisbar.

In dem beschriebenen Falle hat sich also seit mindestens zwei Jahren ein atrophischer Hautstreifen an der linken Gesichtshälfte mit gleichzeitiger Atrophie der tieferliegenden Gewebe entwickelt, welche nicht nur den Ober- und Unterkiefer sowie die zugehörige Muskulatur, sondern auch die linke Hälfte der Zunge und des weichen Gaumens betrifft. Die Atrophie hält sich nicht an das Gebiet des Trigeminus, da die Haut der linken Gesichtshälfte nur teilweise betroffen ist, außerdem die betroffenen Muskeln der Zunge und des weichen Gaumens nicht vom Trigeminus versorgt werden.

So lange über diese merkwürdige Erkrankung nichts Näheres bekannt ist, kann man auch keine Vermutung über ihre Ursache anstellen.

Bei einem Falle ähnlicher, aber streng lokaler Erkrankung schien ein Trauma von ätiologischer Bedeutung. Ein achtjähriger Knabe fiel gegen ein in Bewegung befindliches Drahtseil und bekam eine Hautverletzung hinter dem rechten Ohre. Die Hautverletzung scheint, wie auch aus der Beschaffenheit der zurückgebliebenen Narbe hervorging, auch die tieferen Epidermislagen betroffen zu haben. Hinter dem rechten Ohre fand sich oberhalb des Warzenfortsatzes eine lange weiße Narbe. Während der letzten zwei Jahre hat sich der Warzenfortsatz verkleinert und auch das obere, unterhalb der Narbe gelegene Ende des Kopfnickers zeigt einen gewissen Grad von Atrophie. Hautflecke sind bisher in diesem Falle noch nicht aufgetreten.

Es scheint in einzelnen Fällen, daß im Anschlusse an eine Hautverletzung Narbenbildung und Atrophie der unterhalb der Narbe gelegenen Gewebe sich entwickelt.

Literatur:

- ¹⁾ Gowers: Local Panatrophie. Review of Neurology and Psychiatry. Jan. 1903.
²⁾ T. D. Savill: Facial Hemiatrophy. Lancet. Jan. 31. 1903. pag. 303.
³⁾ A. Stanley Barnes: Local Panatrophie. Lancet. Febr. 21. 1903. pag. 521.
⁴⁾ A. Bruce: Cyclopedia Medica. Vol. III, pag. 408.
⁵⁾ H. Campbell: Clinical Societys Transactions 1903.
⁶⁾ Mendel: Neurol. Zentralbl. 1888, Nr. 14.

Zur Klinik der hereditär-syphilitischen Knochenaffektionen.

Von Dr. Rudolf Neurath, Wien.

(Der Redaktion zugegangen am 25. März 1903.)

Mit einer Tafel.

Die hereditär-syphilitischen Knochenveränderungen mit der ihnen eigenen Lokalisation an den in Entwicklung begriffenen Appositionsstellen sind heute den bereicherten Untersuchungsmethoden leichter zugänglich, seit die Radiologie dieselben auch beim Fehlen anderer Syphilissymptome schon am Lebenden anschaulich zu machen gestattet. Durch die Einführung der Radiologie in die klinischen Untersuchungsmethoden wurden wir aber nicht nur in die Lage versetzt, uns eine genaue Kenntnis über die charakteristischen heredo-syphilitischen Knochenveränderungen schon am Lebenden zu verschaffen, es ließen sich auch auf diese Weise neue Fragen gewinnen und neue Einzelheiten aufdecken, deren Klärung künftigen histologischen Untersuchungen vorbehalten bleibt. So fehlt bisnun ein histologisches Forschungsergebnis über die Phalangitis der hereditär-syphilitischen Kinder, während instruktive, radiologische Untersuchungen (Höchsinger, Kienböck) nicht nur das

Bild der Affektion ergänzen, sondern auch die Pathologie derselben in wahrscheinlich richtiger Weise erbringen.

Ein Fall von seltenerer Intensität und Extensität heredo-syphilitischer Knochenaffektion, den ich an meiner Abteilung des ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes in Wien zu beobachten Gelegenheit hatte, gewährte mancherlei interessante Gesichtspunkte für die Beurteilung der Klinik und der Pathologie der hereditären Syphilis.

Es handelte sich um ein zur Zeit der ersten Beobachtung 8 Wochen altes Kind einer vor ihrer Verheiratung mit Syphilis infizierten Mutter. Eine frühere Gravidität vor vier Jahren hatte mit einer Frühgeburt im achten Monat geendet; dieses Kind war gleich nach der Geburt gestorben. Die Mutter steht derzeit wegen Syphilissymptomen sekundärer Art auf der Klinik für Syphilis in Behandlung. Pat. wurde rechtzeitig mittels Zange geboren. Seit Geburt besteht schnüffelnde Atmung und gelblicher eitrigter Nasenausfluß. Im Alter von 14 Tagen begannen die großen Gelenke, und zwar zuerst des rechten, dann des linken Armes, später beider Beine anzuschwellen. Vor circa drei Wochen schwand das früher gesunde Kolorit und begann die Haut zu erblassen und eine schmutzig-graue Nuance anzunehmen. Vor sechs Wochen wurde von einem Arzte eine Fraktur im rechten Ellenbogengelenk diagnostiziert und ein fixer Verband angelegt.

Das Kind bot bei der ersten Untersuchung das schon par distance für Heredosyphilis charakteristische, schmutzig-graue Kolorit dar. Die Cilien und Augenbrauen waren spärlich, stellenweise fehlend, der Nasenrücken sattelförmig eingesunken, die Nasenatmung schnüffelnd, an den Nasenflügeln etwas eingetrocknetes Sekret. Die sonst so häufigen und pathognomonisch-typischen Rhagaden und Geschwüre an der Uebergangslinie des Lippenrotes zur Haut fehlten; auch waren Narben nach solchen Prozessen nicht zu sehen. Am Körper, speziell an der rechten Thoraxhälfte und am rechten Oberarm, bestanden neben einer leichten schuppigen Dermatitis kleinste stecknadelkopfgroße, mit klarem gelblichem Inhalt gefüllte Bläschen. Die Fußsohlen des Kindes und in besonders hervorragendem Maße die äußeren Ränder der Füße waren diffus und derb infiltriert, die Haut an diesen Stellen hellrot, lackartig glänzend. Wirklich imponierend aber waren im Krankheitsbilde die Veränderungen an den Gelenken der Extremitäten.

Die oberen Extremitäten wurden in der Mittelstellung der Gelenke, im Schultergelenke abduziert, im Ellenbogengelenke stumpfwinkelig gebeugt, der Vorderarm proniert gehalten. Die Schultergelenke zeigten geringe Schwellung, und zwar links deutlicher als rechts. Die Gegend des linken Ellenbogengelenkes zeigte eine starke spindelförmige Anschwellung, die den Umfang dieser Region auf mehr als das Doppelte erhöhte; dieselbe gehörte mehr der Dorsalseite der Gelenksgegend an und ging allmählich zu der normalen Kontur des Oberarmes, rascher in die normale Konfiguration des Vorderarmes über. Die Schwellung war von unveränderter Haut bedeckt und fühlte sich derb an. Passiv waren im Gelenke nicht nur die normalen Bewegungen ausführbar, sondern auch bei gestrecktem Gelenke in geringem Ausmaße solche senkrecht auf die Achsen der Knochen, ohne daß hierbei Krepitation zu fühlen war. In ähnlicher Art erschien auch das distale Ende des linken Vorderarmes, die Gegend der Handgelenke geschwellt. Am rechten Arme bestand eine an Intensität hinter den Veränderungen der linken Seite etwas zurückstehende Schwellung des Ellenbogens und der Handgelenksgegend.

Die Grundphalangen der Finger beider Hände, und zwar beiderseits am intensivsten der drei mittleren Finger, zeigten die bekannten Erscheinungen der heredosyphilitischen Phalangitis, einer proximal stärkeren, distalwärts abnehmenden Schwellung der Grundphalangen bei intakter Haut. Die aktive Beweglichkeit im Schultergelenke und Ellenbogengelenke

war vorhanden, doch sichtlich recht sehr eingeschränkt. Fingerbewegungen und Bewegungen im Handgelenke wurden in äußerst geringem Ausmaße ausgeführt. Bei stärkeren passiven Bewegungen sowie bei Druck auf die intumeszierten Regionen gab das im allgemeinen sehr unruhige und konstant weinende Kind seiner Schmerzempfindung gesteigerten Ausdruck.

An den unteren Extremitäten fiel neben einer symmetrischen Schwellung der mit Vorliebe in Mittelstellung gehaltenen Kniegelenke (kein Ballotement der Patella) eine starke Verunstaltung der Konfiguration der Unterschenkel in ihren unteren Partien besonders auf, die links stärker ausgeprägt erschien als rechts.

Die untere Hälfte der Unterschenkel zeigte eine starke, nach hinten konvexe bogenförmige Krümmung, die eine starke Ausbuchtung der Kontur der Extremität nach hinten zur Folge hatte. Die Ferse trat als zweite schwächere Prominenz unterhalb dieser Ausladung deutlich vor. Die Gegend der Malleolen erschien durch diese Ausladung und überdies durch eine intensive Schwellung stark verunstaltet. Im Sprunggelenke jeder Seiten ließen sich abnorme horizontale Bewegungen passiv leicht busführen, ohne daß hierbei Krepitation zu fühlen war. An den Zehen aehlten Erscheinungen von Phalangitis.

Was die aktive Beweglichkeit der unteren Extremitäten betrifft, war dieselbe in den Hüft- und Kniegelenken anscheinend einigermaßen gehemmt.

Eine leichte Leber- und Milzschwellung, beide perkutorisch, erstere auch durch Palpation nachweisbar, vervollständigten das klinische Bild.

Der klinische, mit Sicherheit auf ausgebreitete hereditär-syphilitische Knochenerkrankungen hinweisende Befund wird durch Röntgen-Aufnahmen, für deren Anfertigung ich Herrn Dr. R. Kienböck zu warmem Danke verpflichtet bin, wesentlich ergänzt. Zunächst fallen, wie die nach den Platten angefertigten Zeichnungen auf der beigegebenen Tafel zeigen, im Bilde der oberen Extremitäten die gewaltigen Veränderungen an den das Ellenbogengelenk bildenden Knochenenden in die Augen. An den unteren Enden der Oberarmknochen fehlt jede Zeichnung der Knochenappositionsschichten und — besonders deutlich am linken Humerus — endet der Schatten des Humeruskolbens in einer distalwärts immer heller werdenden Aufhellungszone. Außerdem fällt hier eine Verbreiterung des Humerusschattens durch eine kegelförmige Randzone auf, die, sich von unten nach oben verjüngend, bis nahe zur Mitte der Humerusdiaphyse reicht, dem Humerusschatten an Intensität nahesteht, sich immerhin jedoch durch eine lichtere, verwaschene Linie trennen läßt. Auf der rechten Seite zeigt der Humerus ähnliche, aber etwas weniger intensive Veränderungen; die periostalen Auflagerungen entsprechenden den Humerusschatten einschließenden Randschatten sind bedeutend weniger ausgedehnt und die untere Begrenzung der Humerusdiaphyse läßt zwar Details schwer erkennen, zeigt aber wenigstens an der radialen Seite einen begrenzende Kontur.

Derselben Art sind die Veränderungen an den Schatten der proximalen Enden der Vorderarmknochen. Auch hier zeigen die durch Auflagerungen auf fast das Doppelte verdickten Diaphysenenden eine bedeutende Anhellung ihres Schattens, die eine Struktur der Knochenappositionsstellen nicht erkennen läßt. Die als Auflagerungen zu deutenden Randzonen sind beiderseits an der Ulna breiter als am Radius und ziehen sich, distalwärts zarter werdend, bis nahe der Mitte des Diaphysenschattes. Dieser ist in seiner ganzen Länge im Schattenbilde deutlich aufgehellt, deutlicher in seinen proximalen, weniger stark in den distalen Partien. Auch die karpalen Enden der Vorderarmknochen werfen einen bedeutend verbreiterten Schatten. Auch hier fehlt die Zeichnung der Appositionszone und findet sich an deren Stelle eine sich in einer ungemein feinen, unregelmäßig zackigen Linie fortwährende Aufhellungszone, die allmählich in den Diaphysenschatten übergeht.

Die Weichteile in der Gegend des Handgelenkes, wie die der Ellbogengegend konturieren sich in einem Hautschatten, der die im klinischen Bilde zutage getretenen Schwellungen auch hier andeutet.

Die nicht verknöcherten Karpalien treten im Röntgen-Bilde nicht hervor. Interessant sind die Radiogramme der Handskelette. Zunächst zeigen die Grundphalangen eine auffallende Veränderung einerseits ihrer Konturen, anderseits der Zeichnung ihres Schattenbildes. Diese Veränderungen sind beiderseits an den Grundphalangen der mittleren drei Finger deutlicher als an denen des ersten und fünften Fingers, und zwar ganz besonders an den Fingern der linken Hand, von denen die Grundphalanx des Ringfingers am stärksten betroffen zu sein scheint. Die basale Begrenzungslinie der Grundphalangen ist verbreitert und stark aufgehellt, an den mittleren Fingern der linken Hand kaum angedeutet. Die an der Basis verbreiterte Phalanx verjüngt sich distalwärts ganz wenig, so daß sie einen oben abgerundeten stumpfen Kegel formiert. An einigen Phalangen, wie rechts an der dritten und vierten, links an der zweiten und dritten, läßt sich in der Mitte des Knochens eine scheinbare Einschnürung erkennen, die aber nur durch eine Aufhellung der entsprechenden Randpartien vorgetäuscht wird. Das schärfer konturierte distale Phalangenende zeigt sich als linearer Schatten, welcher dem durch Aufhellung der Randpartien anscheinend verschmälerten Schatten des Knochens haubenförmig aufsitzt. Die Grundphalangen erscheinen nicht nur in allen Höhen verbreitert, sondern auch etwas verlängert. Die des linken Ringfingers zeigt besonders weitgehende Aenderungen ihrer Struktur; die Appositionszone ist im Radiogramm gar nicht markiert, die Knochenzeichnung besteht in einer unscharfen fleckigen Nuancierung des Schattens, während die übrigen Grundphalangen in ihrer Zeichnung nur wenig verändert sind. — Eklatante Verbreiterung ihrer Basis zeigen auch die Schatten der Mittelphalangen.

Interessant sind die Einzelheiten, welche die Schatten der Metakarpalknochen erkennen lassen. Dieselben sind zunächst durch eine leichte Verbreiterung sowohl ihrer distalen wie ihrer proximalen Enden annähernd hantelförmig gestaltet. An allen läßt sich weiters eine Verbreiterung und Verstärkung der seitlichen Kortikaliskontur erkennen, die gegen das proximale Ende hin vorzeitig aufhört und hier die Endpartie des Knochenschattens seitlich unbegrenzt erscheinen läßt. Im Innern zeigen die Schatten eine mehr oder weniger intensive Aufhellung, die an den verbreiterten Knochenenden besonders stark ist. Die epiphysentragenden distalen Enden des 2. bis 5. Metakarpus zeigen nicht die normalerweise dunkle Begrenzungslinie der Knochenappositionsstellen, sondern, ähnlich den proximalen Enden der Basalphalangen, eine kaum angedeutete, das stark erhellte Knochenende unscharf umziehende Linie. Die proximalen Enden des 2. bis 5. Metakarpus sind im Bilde der linken Hand von einer dunkleren Linie begrenzt, während im Bilde der rechten Hand diese Linie recht zart gezogen erscheint. Die Metakarpalknochen der Daumen, die bekanntlich die Epiphysen an ihren proximalen Enden haben, zeigen normal scharfe Umgrenzungslinien, welche durch ihre Schattenintensität von den aufgehellten Innenpartien kontrastreich abstechen.

Die Veränderungen an den Knochen der unteren Extremitäten, in ihrem Charakter identisch mit denen der oberen, variieren von diesen nur in ihrer Intensität. Die unteren Enden der Femora zeigen die Knochenkontur an beiden Seiten einschließende Schatten-Auflagerungen, die jedoch weniger dick erscheinen als am linken Humerus. Das Femurende zeigt eine breite, wenig intensive Schattenzone, die den stark aufgehellten Diaphysenschatten nach unten begrenzt. Dieselbe ist am rechten Femur weniger deutlich als am linken. Die Knochen des Unterschenkels erscheinen in der Mitte weniger, jedoch an den proximalen und distalen Enden stark verbreitert und nicht, wie de norma, epiphysenwärts durch die dunkle Schattenlinie der normalen Appositionszone, sondern durch eine stark aufgehellte, von einer queren dunklen Linie umzogene Endpartie begrenzt. Periostale Auflagerungen bedecken die Knochen in ihrer ganzen



Rechter Arm von der
Beugeseite.



Linker Arm von der Beugeseite.



Rechtes Bein von außen.



Linkes Bein von innen.

Zeichnungen auf Kornpapier, von der natürlichen Grösse um ein Drittel verkleinert, von Herrn akad. Maler Keilitz ausgeführt.

Länge und gewinnen an den Knochenenden solche Mächtigkeit, daß z. B. das linke obere Tibia- und untere Fibulaende fast aufs doppelte verdickt erscheinen. Die Kniegelenksepiphysen sind an normaler Stelle sichtbar (nicht verschoben) und in normaler Größe vorhanden, nur ein wenig aufgeheilt.

Die sichtbaren Fußwurzelknochen, die verknöcherten Teile des Talus und Calcaneus zeigen eine sehr bedeutende Aufhellung, so daß sich ihr Schatten von dem der Weichteile kaum nuanciert. Nur eine feine Begrenzungslinie, die die Knochen wie blasige Gebilde umzieht, läßt diese erkennen. Vom Os cuboideum und einem cuneiformen ist beiderseits je ein kleiner Verknöcherungsherd zu sehen. Die Anordnung der Fußwurzelknochen in ihrer Beziehung zum Unterschenkel weicht insofern von der Norm ab, als die Knochenkerne des Calcaneus und des Talus nicht unter die Malleolen zu liegen kommen, sondern etwas nach vorne und vielleicht auch aufwärts verschoben. Dadurch kommt im Radiogramm jene auffallende Subluxationsstellung zum Ausdruck, die im klinischen Bilde so sehr imponierte und die sich im Radiogramm auch in der verunstalteten Weichteilkontur der Fußgelenksgegend andeutet.

Von den Schattenbildern der übrigen Skelettpartien sei noch erwähnt, daß im Schultergelenk der proximale Humerusanteil verdickt und ähnlich aufgeheilt und undeutlich begrenzt erscheint wie das distale Ende des Knochens. Die Beckenknochen erscheinen aufgeheilt, das obere Femurende wenig verdickt und aufgeheilt.

Wenn wir die beschriebenen Veränderungen, wie sie in den Radiogrammen klar zutage treten, zu deuten versuchen, so stellen die Alterationen an den die großen Gelenke konstituierenden Knochenenden die extremen Stadien der Osteochondritis syphilitica dar. Nirgends mehr läßt sich das bekannte Bild der verbreiterten, einerseits in die Region der Knorpelsäulen, anderseits gegen den markraumbildenden Knochen unregelmäßige Fortsätze entsendenden provisorischen Knorpelverkalkungszone erkennen, wie es für die Osteochondritis syphilitica für typisch gilt. Die Radiologie dieser Veränderungen, wie sie in den letzten Fötal- und ersten Lebenswochen zu finden sind, haben Holzknecht und Kienböck eingehend studiert; sie sehen in einer Verbreiterung der Zone der (provisorischen) Verkalkung der aufgeblasenen Knorpelzellen und in den von dieser Zone einerseits in den unverkalkten Knorpel, anderseits in den schon gebildeten markraumhaltigen Knochen ausgehenden zackigen Fortsätzen Einzelheiten, die sich im Schattenbilde deutlich markieren. Das Schwinden aller strukturellen Details an den Diaphysenenden der Extremitätenknochen in unserem Falle ist ein sicheres Zeichen eines weit vorgeschrittenen Stadiums der hereditär-syphilitischen Osteochondritis. Es deutet auf intensive regressive Veränderungen, die zu einer Einschmelzung der ganzen befallenen Knochenappositionsstelle geführt haben und die der Kategorie der gummösen Knochenaffektionen zuzuzählen sein dürften. Die Epiphysenlösung, die wir nach dem klinischen Bilde anzunehmen berechtigt wären, drückt sich im Röntgen-Bilde nicht in der erwarteten Weise aus, sondern (da die Epiphysen schattenlos sind) in der veränderten Stellung des Handskelettes zu den Vorderarmknochen, der Fußwurzelknochen zu denen des Unterschenkels. Nur an einer Stelle sieht man die Epiphysen zart angedeutet, nämlich am unteren Ende des linken Vorderarmes, wo

man an der Ulna (weniger deutlich auch am Radius) einen sehr zarten, aber stark verbreiterten Schatten über den Diaphysenschatten ziehen sieht. — Die weitgreifende Einschmelzung der Knorpel-Knochenzone läßt es erklärlich finden, daß wir im klinischen Befunde trotz abnormer Beweglichkeit in der Kontinuität der knöchernen Extremitätenachsen keine Krepitation gefunden haben; es gleiten nicht harte, rauhe Bruchstellen, sondern stark erweichte Gewebe übereinander.

An allen Knochenenden, die die erwähnten Veränderungen zeigen, finden sich weiters stärkere oder schwächere periostitische Auflagerungen, denen der Hauptanteil an den Verdickungen der Knochen zuzuschreiben ist. Dieselben nehmen allmählich gegen die Mitte des Schaftes an Dicke ab, lassen die Mitte des Knochens entweder ganz frei (beiderseits am Humerus) oder umschließen diese weniger stark (Unterschenkelknochen, rechte Ulna) als die Knochenenden. Stellenweise, wie am rechten unteren Humerus- und rechten unteren Femurende, ziehen sich die den Auflagerungen entsprechenden Schatten in gerade noch merklicher Andeutung über den stark aufgehellten Diaphysenschatten noch gelenkwärts fort — in einer Länge, die (an den genannten Stellen) im Negativ 6 mm beträgt. Als ursächliche mittelbare Momente würden sich hier für das Zustandekommen der Periostitis der primäre Reiz vom Periost und der von der hochgradigen Ostitis ausgehende addieren. Hochsinger beschreibt derartige periostale entzündliche Kalkablagerungen bei veritabler Epiphysenlösung als Kallus, der, vom Diaphysenende auf die Epiphyse übergreifend, diese im Röntgen-Bilde in abnormer Weise zur Anschauung bringt.

Was das Vorkommen dieser heredosyphilitischen Periostitis betrifft, möchte ich M. B. Schmidt zitieren:

„Die Anfänge dieser Periostitis ossificans sind nach Parrot, Waldeyer und Köbner und Parker schon beim Neugeborenen zu finden, nur bei weitem weniger konstant als die Osteochondritis, nicht in Form von Tophi wie beim Erwachsenen, sondern als flächenhafte Auflagerungen neuer Knochensubstanz in der ganzen Zirkumferenz des Diaphysenendes, und zwar immer gleichzeitig an einer größeren Zahl der Röhrenknochen. Am stärksten in der Gegend der Epiphysenlinie, verflachen sie sich allmählich gegen die Mitte des Schaftes und fehlen an letzterem meist ganz. Ob diese hyperplastische Periostitis, bei welcher zu keiner Zeit spezifisch gummöse Strukturen zustande kommen, auf eine direkte Fortleitung der Entzündung an der Epiphysenzone zu bezeichnen sind (wie Taylor annimmt), mag fraglich sein; denn die Prädisektionsstellen der einen oder anderen Affektion decken sich durchaus nicht ganz.“

Nach den die bisher vorliegende Literatur berücksichtigenden Ausführungen Schmidts erscheint das gerade bei der Osteochondritis gering beteiligte untere Humerusende am häufigsten und intensivsten und nächstdem das obere Ulna-, das untere Femurende und der obere Tibiaabschnitt befallen. In unserem Falle sind alle

langen Extremitäten-Röhrenknochen von der Periostitis betroffen; die größte Mächtigkeit zeigen die Auflagerungen am linken unteren Humerusende, doch zeichnen sie sich an beiden Tibien durch ihre große Extensität aus, indem sie die Diaphyse in ihrer ganzen Länge umschließen.



Uebersaus intensiv sind die im Radiogramm zutage tretenden spezifischen Veränderungen der Handskelett-Schatten. Entsprechend dem klinischen Befunde einer ausgebreiteten Phalangitis syphilitica¹⁾ finden sich im Bilde alle die charakteristischen Einzelheiten, auf die in jüngster Zeit Hochsinger und Kienböck aufmerksam gemacht haben, die hervorragenden Veränderungen an den Basalphalangen, die Verbreiterung besonders ihrer epiphysenträgenden proximalen Enden, die eine von der endochondralen Appositionszone ausgehende spezifische Osteochondritis andeutende Aufhellung der der provisorischen Verkalkungszone entsprechenden dunkleren Schattenregion, eine Aufhellung des Schattens der Kompakta im mittleren und distalen Drittel, die Zunahme der Dimensionen der Grundphalangen auch in senkrechter Richtung. Aber auch die Metakarpen zeigen eklatante Veränderungen ihrer Schattenbilder. In erster Linie muß es überraschen, beide Enden der Metakarpalknochen in ähnlicher Weise betroffen zu finden. Da die Metakarpi nach der herrschenden Ansicht ihre Epiphysen am distalen

¹⁾ Ich habe überaus häufig bei rachitischen Kindern des ersten Lebensjahres eine eigenartige Verdickung der Phalangen gefunden, die nur bei oberflächlicher Betrachtung mit der hereditär-syphilitischen Phalangitis verwechselt werden könnte. Hierbei finden sich nämlich neben der Grundphalanx auch die Mittel- und Nebenphalanx besonders im mittleren Drittel verdickt. Die den Gelenken entsprechenden Einsenkungen der Konturen geben den Fingern ein perlenschnurartiges Aussehen.

Ende tragen,²⁾ mit Ausnahme des Metakarpus des Daumens, der sie am proximalen Ende trägt, sind ausgesprochene osteochondritische Veränderungen in erster Linie an diesen Stellen zu vermuten. Denn wenn auch ein gewisses Wachstum an den epiphysenlosen Enden stattfindet, so sind doch die Stellen der Epiphysenfugen, wie bekannt, die bevorzugten Punkte des spezifischen Entzündungsprozesses. Von diesen Erwägungen ausgehend, müssen wir uns wohl hüten, vorschnell die den Auftreibungen und Aufhellungen der beiden Metakarpalenden zugrunde liegenden Ursachen zu identifizieren. Meiner Ansicht nach dürften diese Veränderungen, ganz besonders die der proximalen Knochenenden, zum großen Teile auch der sogenannten akuten Knochenatrophie zuzuschreiben sein, der Sudeck und in allerletzter Zeit besonders Kienböck eingehende Studien gewidmet haben. Diese Knochenatrophie findet sich bei Verletzungen und akuten Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei schwerer gonorrhöischer Arthritis etc., ganz besonders aber bei Verletzungen und Entzündungen an Extremitäten (Frakturen, Osteomyelitis etc.). Die Veränderungen beginnen in der Spongiosa und sind im Radiogramm durch Schattenaufhellung und Verschwommensein der Kontur- und Strukturstriche markiert. Die anfangs fleckige Aufhellung wird später diffus; sie deutet auf eine starke Resorption der Kalksalze (Halisterese) hin. Dieser akuten Knochenatrophie sind wohl sicherlich nicht nur diese Punkte, an denen die spezifische Alteration der Ossifikation nur in geringem Grade statthat, ihre Aufhellung schuldig, sondern es geht mit größter Wahrscheinlichkeit auch an den epiphysentragenden Stellen die Osteochondritis luetica Hand in Hand mit der akuten Atrophie. Und die akute Knochenatrophie dürfte mitunter bei den Strukturveränderungen hereditärluetischer Knochenaffektionen mit eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Ihr ist sicher die Veränderung in den stark aufgehellten blasigen Schatten der verknöcherten Talus- und Calcaneuspartien zuzuschreiben. Ein gewisses malazisches Stadium der Atrophie macht die Knochen formlos, nachgiebig, modellierbar, und diese Konsistenzveränderung mag auch mit teilhaben an den hochgradigen Verunstaltungen, die in unserem Falle z. B. die Unterschenkel zeigten und die wir nach dem klinischen Bilde lediglich der Epiphyseolysis zuzuschreiben geneigt sein mußten.

Daß die Bewegungshemmungen der Extremitäten im beschriebenen Falle zum allergrößten Teile oder vielleicht lediglich in den hochgradigen Knochenveränderungen und in der Schmerzhaftigkeit derselben eine Erklärung finden, liegt auf der Hand; gerade die starken Knochenveränderungen machen jedoch diesen Fall weniger geeignet, für die Pathogenese der Pseudoparalysis heredosyphilitica im allgemeinen verwertet zu werden.

²⁾ Schwegel (Denkwürdigkeiten der k. k. Akademie der Wissenschaften in Wien 1858) fand auch an den proximalen Enden der Metakarpalknochen kleine, frühzeitig verschmelzende Epiphysen. Henle will solche nur ausnahmsweise gefunden haben.

Was den weiteren Verlauf des Falles anbelangt, so besserte sich das Krankheitsbild unter Quecksilberbehandlung (Protojod sulfuretum hydrargyri 0.02 g pro die) rapid. Schon nach einer Woche waren die Bewegungen fast in vollem Umfange ausführbar, die Koryza war geschwunden, die Schwellung der Gelenke hatte bedeutend abgenommen. Einen Monat nach Einleitung der Behandlung waren alle Symptome bis auf die Verunstaltung der Unterschenkel geschwunden, die Knochen fühlten sich hart an, es war keine Spur einer abnormen Beweglichkeit in der Knochenkontinuität nachweisbar. Ein um diese Zeit angefertigtes Radiogramm zeigte Zunahme des Kalkgehaltes der Diaphysenenden; die periostitischen Knochenauflagerungen (Schalen) waren noch vorhanden, der dieselben vom Knochenshafte trennende hellere Spalt war aber kaum mehr zu erkennen, woraus auf eine Verschmelzung der Schalen mit der Diaphyse zu schließen ist. Alles zeigt also, daß völlige Restitutio ad integrum im Gange war; nur die Verkrümmung der Unterschenkel war trotz Ausscheidung des ursächlichen Prozesses bisnun unverändert geblieben.

Das Interesse des Falles liegt zunächst in der Multiplizität der syphilitischen Osteochondritis. Zu den häufigen Erfahrungen gehört der klinische Befund des Prozesses an dem einen oder anderen Diaphysenende. Allerdings wissen wir, daß die histologische oder radiologische Untersuchung auch im klinischen Bilde unverändert erscheinende Appositionsstellen erkrankt finden läßt. Taylor fand am Lebenden, wo sich die Osteochondritis, abgesehen von etwaiger Epiphysenlösung, durch ringförmige Schwellung der Fugengegend äußert, am häufigsten das distale Ende der Vorderarmknochen, hiernach das der Unterschenkelknochen, dann deren obere Enden, das untere Humerusende etc. betroffen. M. B. Schmidt bezeichnet nach der anatomischen Untersuchung der verschiedenen Skeletteile als Hauptprädispositionsstelle das untere Femurende, dann das untere Ende der Unterschenkel und Vorderarmknochen, das obere der Tibia und des Humerus, weiter, als viel geringer erkrankend, das obere des Radius und der Ulna und endlich als konstant am geringsten betroffen das untere Humerusende; an den an erster Stelle genannten Knochen trafe man am häufigsten ausgebildete zirkumskripte Gummata als schwersten Grad der Erkrankung. In unserem Falle war der Prozeß an allen Appositionsstellen der langen Röhrenknochen zu einer solchen Intensität vorgeschritten, daß sich auch nicht nach dem Grade der Erkrankung eine der zitierten Skalen verfolgen ließ, für die — wie bei der Rhachitis — die Wachstumsenergie der verschiedenen Knochenenden zur Zeit der Erkrankung bestimmend ist.

Als ein weiteres Moment, das in einem bisher nicht genügend gewürdigten Maße die heredosyphilitischen Knochenkrankungen begleitet, tritt in unserem Falle die akute Knochenatrophie hervor. Dieselbe stellt nicht etwa nur ein interessantes Detail des Radiogramms dar, sondern sie ist als ein die Struktur und Konsistenz der erkrankten Knochen bedeutend alterierender Vorgang aufzu-

fassen, der in der Form erhöhter Nachgiebigkeit der Knochen und bedeutender Konsistenzverminderung selbst Frakturen und Epiphysenlösung vortäuschen könnte. Was die Lokalisation der akuten Knochenatrophie betrifft, findet sich dieselbe unabhängig von den Wachstumszonen, an die sich die Osteochondritis hält. In der Nähe von Entzündungsherden besonders häufig und intensiv, findet sie sich weniger ausgesprochen auch an entfernteren Stellen, wie in unserem Falle im Diaphysenschaufte. An den osteochondritisch erkrankten endochondralen Appositionsstellen ist der Entzündungsprozeß das Vorherrschende. Daß daneben auch atrophische Vorgänge mit tätig sind, darüber dürften vielleicht einmal histologische Untersuchungen Aufschluß geben können.

Literatur.

Hochsinger: Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge. Festschrift für Kaposi 1900. — Vortrag in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Karlsbad 1902.

Holzknicht und Kienböck: Ueber Osteochondritis syphilitica im Röntgen-Bilde. „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen“, 4. Bd. 1900/1901.

Kienböck R.: Ueber akute Knochenatrophie bei Entzündungsprozessen. „Wiener mediz. Wochenschrift“ 1901. — Ueber Knochenveränderungen bei gonorrh. Arthritis und Knochenatrophie überhaupt. „Wiener klinische Wochenschrift“ 1903. Nr. 3.

Schmidt M. B.: „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie“ von Lubarsch und Ostertag, VII. Jahrg. 1900/01.

Sudeck: „Deutsche medizinische Wochenschrift“ 1902, p. 336.

Ammengesetz vor 4000 Jahren.

Von Freiherr von Oefele (Bad Neuenahr).

Auf ägyptischen Darstellungen finden wir die Amme häufig erwähnt und dargestellt und auch schon Keilschriftbelege sind dafür erbringbar. Der alte Orient kannte also in weiter Verbreitung den Ersatz der Muttermilch durch Ammenmilch. Auch in der griechisch-römischen Kultur war das Gleiche der Fall, wie ein Blick in die Schrift des Soranus zeigt.

Eine beachtenswerte Beobachtung zu diesem Ammenwesen gab schon bisher eine biblische Stelle in der Jugendgeschichte des Moses: „Und die Tochter des Pharao sprach zu ihr (der Mutter Moses): Wenn du dieses Knäblein mitnimmst und es für mich säugst, so will ich dir den Lohn dafür bezahlen. Da nahm das Weib das Knäblein und säugte es. Als aber der Knabe herangewachsen war, brachte sie ihn der Tochter des Pharao.“

Ich habe schon in der Heilkunde im September und Oktober 1901 darauf hingewiesen, daß hier die gedungene Amme nicht in das Haus der Kindesmutter, resp. Pflegemutter aufgenommen wird, sondern daß die Amme das Kind in Kost und Logis erhält und bei der schließlichen Ablieferung des Kindes dafür bezahlt wird.

Nach zwei Belegen Strassmaiers werden im letzten vorchristlichen Jahrtausend Sklavinnen samt ihren eigenen Säuglingen verkauft und ich habe an der angegebenen Stelle schon die Vermutung auseinandergesetzt, daß es sich hier um den Erwerb von Ammen durch Sklavenkauf als Gebrauch der Spätzeit handle.

Jetzt ist das Gesetzbuch Hammurabis, eines Königs von Babylon, welcher in der Bibel als Zeitgenosse Abrahams erwähnt wird, ausgegraben worden. Als „Die Gesetze Hammurabis“ ist dasselbe für 60 Pfennige in

Heft 4 des Jahrganges 4 des „Alten Orient“ durch Hugo Winkler in deutscher Uebersetzung allgemeiner zugänglich gemacht worden. Hier erfahren wir deutlich, daß mehr als 2000 Jahre v. Ch. als Amme eine freie Frau gewählt wurde, welche das Kind in ihre eigene Behausung und Familie übernahm. Gesetzlich suchte man zu dieser Zeit die Gefahren zu beseitigen, welche Handlungen strafbaren Eigennutzes der Amme drohen ließen.

Es besagt nämlich § 194 des alten Code Hammurabi aus Babylon:

„Wenn jemand sein Kind zu einer Amme gibt und das Kind in deren Händen stirbt, die Amme aber ohne Wissen von Vater und Mutter ein anderes Kind großsäugt, so soll man sie überführen, daß sie ohne Wissen von Vater und Mutter ein anderes Kind großgesäugt hat, und ihr die Brust abschneiden.“

Die Strafe entspricht der häufigen Vorbeugung weiterer Straftaten. In demselben Sinne werden dem fahrlässigen Chirurgen die Hände abgeschnitten und dem falschen Zeugen sogar Hand und Zunge.

Jedenfalls muß das Ammenwesen im alten Babylon sehr verbreitet gewesen sein. Denn ohne das wäre eine besonderer Gesetzesparagrah für die Amme unverständlich. Für die Geschichte der Kinderheilkunde dürfte dies aber sicherlich interessant sein.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Karnitzki (Kiew). *Ueber das Blut gesunder Kinder.* (Archiv für Kinderheilkunde XXXVI, Heft I und II, Seite 42.)

Verf. teilt Untersuchungen über das Blut gesunder Kinder mit (38 Säuglinge, 80 ältere Kinder). Als Maßstab für die Gesundheit der Kinder benützt Verf. ihr Gewicht, ihren Wuchs und Brustumfang, die Intaktheit des Magen- und Darmkanals, der Leber, der Milz, der Knochen u. s. w. Die Untersuchungen erstrecken sich auf die Feststellung der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen, des Hämoglobingehaltes und des spezifischen Gewichtes des kindlichen Blutes. Ausführliche Erörterungen und Untersuchungen sind der Morphologie der farblosen Blutkörperchen und der kernhaltigen roten Blutzellen gewidmet. Schließlich werden Zahlen über das Verhältnis der weißen Blutzellen untereinander mitgeteilt. Die Fülle der berichteten Zahlen und bemerkenswerten Tatsachen zwingt, bezüglich der Details auf das Original zu verweisen. Dieses umso mehr, weil die gefundenen Werte nicht selten in weiten Grenzen (bis über 100%) schwanken.

R. Weigert (Breslau).

J. Langer. *Ueber Isoagglutinine beim Menschen, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.* (Habilitationsschrift, Zeitschrift für Heilkunde, 1903, Heft 5.)

Verf. konnte an einer Reihe von Versuchen feststellen:

1. Das Serum der Neugeborenen weist verhältnismäßig selten Isoagglutinine auf, während die Erythrocyten der Neugeborenen in gleicher Weise agglutinabel sind, wie die älteren Kinder.

2. Die Erwerbung der Agglutinine — meist sind mehrere vorhanden — scheint in den ersten Lebensmonaten stattzufinden;

es ist unentschieden, ob die Isoagglutinine aus dem Kolostrum und der Milch resorbiert werden oder ob ihre Bildung durch andere Stoffe angeregt wird.

3. Die Resorption von Blutergüssen war ebenso ohne Einfluß auf die Isoagglutininbildung wie akute oder chronische Infektionskrankheiten.

Bartenstein (Breslau).

F. Hamburger und E. Moro. *Ueber die biologisch nachweisbaren Veränderungen des menschlichen Blutes nach der Seruminjektion.* (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 15.)

Versuche, im Blutserum von Diphtherie-Rekonvaleszenten, die mit Serum behandelt worden waren, Präzipitine für Pferdeserum nachzuweisen, waren negativ ausgefallen. In der Annahme, daß die Menge der gebildeten Präzipitine in einem geraden Verhältnis zur Menge des eingeführten Serums steht, war die Aussicht des Präzipitinnachweises bei Scharlachpatienten, die mit den großen (100 bis 200 cm³) Serummengen des Moser'schen Serums behandelt waren, eine bessere. Solche Untersuchungen ergaben tatsächlich: 1. Daß der Mensch auf eine Injektion von Pferdeserum mit Präzipitinbildung reagiert; 2. daß sowohl im menschlichen Serum als auch im Kaninchenserum die präzipitable Substanz durch mehrere Tage nach der Injektion nachweisbar ist, um nach dem Auftreten der Präzipitine endgültig zu verschwinden.

Ob das Erscheinen des Serumexanthems in ursächlichem Zusammenhange mit dem Auftreten der Präzipitine im Blute steht, konnte nicht entschieden werden.

Neurath (Wien).

Linser. *Ueber die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum, besonders Riesenwuchs.* (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, S. 282.)

Eingehende Schilderung eines vom Verf. beobachteten, einen 5½-jährigen Jungen betreffenden Falles, der nach Körperbau, Geschlechtsentwicklung (Pubes!), Gewicht, Kraft und Knochenentwicklung (Röntgen-Bilder!) einem 16- bis 18jährigen Jüngling glich, aber erst vor einem halben Jahr sprechen gelernt hatte. Er wurde wegen eines malignen Adenoms der linken Nebenniere mit Durchbruch in die V. renalis und V. cava inf. zur Klinik gebracht. Verf. bespricht auf Grund dieses Falles die Beziehungen der „Blutdrüsen“ zum Wachstum und zur Körperentwicklung und sieht auch in seinem Falle in einem Uebermaß von Nebennierenfunktion die Ursache des Riesenwuchses.

Schiller (Karlsruhe).

Otto Frese. *Experimentelle Beiträge zur Frage nach der verschiedenen Vulnerabilität der Rekurrensfasern.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 305.)

Im Anfang der Arbeit Diskussion über den von Grossmann erhobenen Befund der Medianstellung des Stimmbandes nach Durchschneidung des Rekurrens. Dieselbe ist abhängig von Alter und Art des Tieres und verschwindet stets nach einigen Tagen.

Durch Exstirpation des *M. cricothyreoideus* beweist Verf., daß derselbe nicht an diesem Phänomen beteiligt war. Die tatsächlich verschiedene Vulnerabilität zeigt er an der Hand von Experimenten am Hunde. Kokaïn und Karbolsäurelösungen schädigten zuerst die Abduktion, dann erst die Adduktion. Die Reparation erfolgte in umgekehrtem Sinne. Auf elektrischen Reiz blieb die Erregbarkeit länger bestehen und trat früher wieder auf als die spontane Bewegung. Ammoniaklösungen lähmten jede Beweglichkeit momentan. Die nach Stunden bis Tagen wieder auftretende spontane Beweglichkeit trat jedoch früher bei den Erweiterern als bei den Verengerern ein. Elektrische Reizung zentral von der lädierten Stelle gab im Gegensatze zu dem mit Kokaïn vergifteten Nerven stets Abduktion. Bei Allgemeinvergiftung mit Curare trat schneller ein Erlöschen der Adduktion ein, elektrischer Reiz erzielte jedoch auch dann noch deutliche Adduktion, wenn spontan bloß noch Abduktion ausgeführt wurde. Verf. schließt, daß bei gleich fortschreitender Lähmung der Endorgane die Erweiterer der Stimmritze einen kräftigeren Impuls vom Zentralorgan erhalten als die Verengerer.

Goeppert (Kattowitz).

Toshio Sato. *Vergleichende Untersuchungen über die Bogengänge des Labyrinths beim Neugeborenen und beim erwachsenen Menschen.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XLII, S. 137.)

Die mühevollen Untersuchungen zeigen nur, daß das Labyrinth am Wachstum so wenig teilnimmt, daß das Labyrinth eines Neugeborenen größer sein kann als das eines Erwachsenen.

Goeppert (Kattowitz).

R. C. Kemp. *The diuretic action of rectal irrigation. The specific action of normal salt solution in producing diuresis. (Die diuretische Wirkung rektaler Irrigationen. Die spezifische Wirkung der normalen Salzlösung als diuretisches Mittel.)* (New York Medical News, 3. Jänner 1903.)

Verf. hat durch Experimente an Tieren festgestellt, daß die dezinormale Salzlösung eine spezifische Wirkung auf die Nierenzellen ausübt und daß diese Wirkung stattfindet, wenn die Lösung durch Infusion, Hypodermoklyse oder Enteroklyse eingeführt wird. Die Wirkung ist zweifach: 1. Die Urinsekretion nimmt zu. 2. Die Kongestion in den Nieren wird vermindert. Die Flüssigkeit wird in 20 Minuten vom Rektum resorbiert. Heiße Irrigationen (43° bis 48°) werden besonders empfohlen.

Herrman (New-York).

J. Wernitz in Odessa. *Zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten.* (Therapeutische Monatshefte, 1903, Heft 1, Seite 2.)

Seine Behandlungsmethode basiert auf dem übrigens schon altbekannten Bestreben, dem akut infizierten Organismus auf die beste und schonendste Weise möglichst viel Flüssigkeit zuzuführen, um ihn dadurch nicht nur vor der Wasserverarmung mit den unangenehmen Begleiterscheinungen zu schützen, sondern viel mehr noch, um eine vermehrte Ausscheidung aller Sekrete zu bewirken.

Dadurch werde die natürliche Ausscheidung der Infektionsstoffe beschleunigt, und zwar nicht nur der geformten Elemente (Bakterien beim Typhus u. s. w. im Harn), sondern auch der im Blute vorhandenen Toxine, welche dadurch verdünnt und schneller ausgeschieden werden sollen. Dies sucht Wernitz durch Hegar'sche Einläufe zu erreichen und benützt hierzu 1 Liter lauwarmer 1%iger Kochsalzlösung. Das reaktionslose Einfließen durch das Mastdarmrohr soll circa 1 Stunde dauern. Bald nach den ersten Einläufen soll sich die günstige Wirkung derselben deutlich zeigen. Der Puls werde voller, die Temperatur falle unter reichlichem Schweißausbruche bis zur Norm ab, die Urinmenge steige bis zu 5 bis 6 Liter in 24 Stunden. Die Zahl der Einläufe richte sich nach der Schwere der Infektion und kann in schwersten Fällen 10 pro die betragen. Der Vorzug dieser Methode bestehe darin, daß man dem Organismus überlässt, so viel Flüssigkeit zu resorbieren, als er vertragen kann, und dem Herzen keine zu schwere Arbeit aufgebürdet würde. Kein Fiebermittel wirke so gut. Wenn es auch nicht gelingen werde, die akuten Infektionskrankheiten zu kupieren, habe man mit dieser Methode ein Mittel zur Hand, um schwere und gefährliche Infektionen sehr günstig zu beeinflussen und dem gefährdeten Organismus wieder neue Kräfte im Kampfe mit den Infektionskeimen zu schaffen.

Zuppinger (Wien).

Aufrecht. *Eine bequemere subkutane Anwendung des Chinins.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Heft 2, Seite 57.)

Zur besseren Löslichkeit des Chinins wurde nach Professor Gaglio Urethian zugesetzt, so daß das Rezept lautet:

Chinini hydrochlorici	0·50
Urethani	0·25
Aq. destill. ad	5·0.

Diese Lösung halte sich wochenlang. Aufrecht hat das Chinin in dieser Weise besonders bei Pneumonie und Puerperalfieber mit bestem Erfolge angewendet. Die Nebenwirkungen des Chinins sollen bei dieser subkutanen Applikation seltener und geringer auftreten als bei interner Verabreichung.

Zuppinger (Wien).

E. Fromm. *Erfahrungen über Sanatogen.* (Zentralbl. f. Kinderheilk. 1903, Nr. 3.)

Im Dresdener Säuglingsheim wurde Sanatogen an circa 20 schwächliche und rekonvaleszente Brust- und Flaschenkinder als Zusatz in Wasser, bezw. Milch oder Suppe gegeben. 10 der Kinder konnten nur vorübergehend beobachtet werden und kommen für die Beurteilung des Präparates nur insofern in Betracht, als 2 unter ihnen nach Sanatogenzusatz zur Nahrung Erbrechen bekamen; 8 von den übrig bleibenden hatten beträchtliche Gewichtszunahmen zu verzeichnen. Im Hinblick auf die geringe Anzahl der Beobachtungen ist die vorsichtig ausgesprochene Empfehlung des Präparates nur anzuerkennen, welches als ein Mittel, „dem ein Wert

keineswegs abzusprechen ist“, geeignetenfalls vom Arzte verordnet werden kann.

Brüning (Leipzig).

N. G. Price. *A contribution to the therapy of children. (Ein Beitrag zur Therapie der Kinderkrankheiten.)* (Philadelphia Medical Journal, 14. Feb. 1903.)

1. Heroin ist nicht reizend. Das einzige unangenehme Symptom ist ein vorübergehender Schwindel. Dosis 0·00025 für ein 1jähriges Kind. 2. Seine antispasmodische Wirkung ist stärker als die der Bromsalze oder der Belladonna. 3. Wirkt als ein Sedativ auf die Schleimhäute der Respirations- und der Urogenitalorgane. 4. Es wird von der Schleimhaut des Rektums schnell resorbiert. Dosis zweimal so groß als per os. 5. Keine kumulative Wirkung. 6. Heroin hydrochloricum ist besser als Heroin wegen seiner leichteren Löslichkeit. 7. Man kann es auch mit anderen Arzneimitteln kombinieren.

Herrman (New-York).

Dr. Netter. *Le Collargol dans les infections chirurgicales.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 5.)

Nach kurzem Hinweis auf die verschiedenartige Anwendung des Collargolum Créde (Einreibung, intravenöse Injektion) berichtet Netter über seine eigenen Versuche. Er wandte das Mittel außer bei beginnenden und ausgebildeten zirkumskripten Eiteransammlungen ohne Allgemeininfektion bei multiplen Eiterungen und endlich auch in Fällen von Pyämie an. Der Erfolg der Collargolbehandlung war ein wechselnder; im allgemeinen ließ sich auch bei Beginn der Eiterungsprozesse der chirurgische Eingriff nicht vermeiden, in einzelnen schweren Fällen (Arthritis purulenta) trotz Operation der Tod nicht verhüten; in einem Falle von Puerperalfieber prophylaktisch angewandt, wirkte es sehr günstig.

Brüning (Leipzig).

E. Toff. *Ueber Xeroform in der Kinderheilkunde.* (Zentralblatt für Kinderheilk. 1903, Nr. 3.)

Verf. verwendete das Xeroform, das als Tribromphenolwismut antiseptische Eigenschaften mit adstringierenden kombiniert, im Laufe von 7 Jahren in hunderten von Fällen; sowohl bei innerlicher Darreichung des Präparates bei Erkrankungen des kindlichen Magendarmtrakts (akute und chronische Durchfälle, Gastritiden, abnorme Gärungsprozesse mit Meteorismus und Koliken, Dysenterie), als auch in Form von Streuzucker oder Salben bei äußerlicher Applikation in Fällen von Ekzem, Brandwunden, skrofulösen Geschwüren, Operationswunden und eitriger Mittelohrentzündung leistete es gute Dienste. Die innerliche Tagesgabe betrug etwa 0·3 bis 0·6 bis 2·0 pro die in Emulsion.

Brüning (Leipzig).

S. Ostrowski. *Tannoform bei Intertrigo der Säuglinge.* (Polnisch.) (Kronika lekarska 1903, Nr. 5.)

Auf Grund eigener Beobachtungen bei 50 Fällen von Intertrigo empfiehlt Ostrowski das Tannoform zum äußerlichen Gebrauch

in solchen Fällen. Er verschrieb es in Pulverform zu gleichen Teilen mit Amylum oder öfter als 10%ige Vaselinsalbe. Der Erfolg war ein guter sogar in schweren Fällen von Intertrigo.

J. Brudziński (Warschau).

P. H. Hiss jr. and F. F. Russell. *A study of a bacillus resembling the bacillus of Shiga, from a case of fatal diarrhoea in a child, with remarks on the recognition of dysentery, typhoid and allied bacilli.* (Untersuchungen über einen Bazillus, welcher dem Bazillus von Shiga sehr ähnlich ist und welcher bei einem Kinde gefunden wurde, das an einer Diarrhöe zugrunde gegangen ist. Bemerkungen über die Erkennung der Dysenterie-, Typhus- und ähnlicher Bazillen. (New York Medical News, 14. Feb. 1903.)

Herrman (New-York).

Jaeger. *Zur Frage der morphologischen und biologischen Charakterisierung des Meningococcus intracellularis.* (Zentralblatt für Bakteriologie, 33. Bd., Nr. 1.)

Polemik zwischen dem Verf. und Weichselbaums Assistenten Albrecht und Ghon.

Bartenstein (Breslau).

B. Heymann. *Ueber die Gefährlichkeit der Schultinte.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1903, Nr. 2).

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen im Gegensatze zu Marpmann zu dem Schlusse, daß die gebräuchlichen Tinten weder in frischem Zustande, noch bei längerem Gebrauche gesundheitsschädliche Mikroorganismen beherbergen und insbesondere gerade den Erregern von Blutvergiftungen gegenüber eine sehr große desinfizierende Wirksamkeit schon in kurzer Zeit (1 Stunde) enthalten. Die sich an Schreibfederstiche gelegentlich anschließenden septischen Erkrankungen sind entweder auf das Eindringen von Mikroorganismen von der Hautoberfläche oder auf sekundäre Infektionen zurückzuführen.

Bartenstein (Breslau).

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung; Schule.

v. Lange. *Die Gesetzmäßigkeit im Längenwachstum des Menschen.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57. Heft 3.)

Gründliche Untersuchungen über das Längenwachstum des Menschen in den einzelnen Lebensperioden bis zur Pubertät. Das Charakteristische beim Längenwachstum des Menschen bildet das zweimalige, im Kurvenbild zu einer Doppelwelle führende, impulsive Auftreten der Wachstumsenergie, einmal in der Säuglingsperiode und zum zweitenmale während der Pubertät. Beidemal folgt dem stärkeren Wachstum eine rasche Abnahme, die im ersten Falle zu

einem gemäßigten Wachstumstempo, im zweiten Falle zum vollen Erlöschen des Längenwachstums führt.

Bezüglich des sonstigen in der Arbeit v. Langes niedergelegten Tatsachenmaterials muß auf das Original verwiesen werden.

Steinitz (Breslau).

Vail. *Aproseria in Relation to the Eye, Ear, Nose and Throat, especially in Child Growth.* (Die schlechte Auffassung in Bezug auf Auge, Ohr, Nase und Hals, speziell auf das Wachstum der Kinder.) (Cincinnati Lancet-Clinic, 28. Februar 1903.)

Die schlechte Auffassung bei den Schulkindern beruht in einer großen Anzahl von Fällen bekanntlich nicht in mangelhafter Intelligenz; sorgfältige Untersuchung der Sinnesorgane klärt dann in einfachster Weise den Sachverhalt auf. Defekte der Seh-, resp. Hörkraft kommen natürlich in erster Reihe, jedoch muß erhöhte Ermüdbarkeit des Auges durch Fehler in der Refraktion, Akkommodation, Muskulatur, sowie entzündliche Vorgänge und abnorme Reflexerregbarkeit auf das genaueste berücksichtigt werden. Verf. gibt darauf eine etwas knappe Darstellung des bekannten Bildes der Nasenrachenraum-Erkrankung wieder, ohne auf dieses Thema weiter einzugehen.

Wachenheim (New-York).

Alfred Lefebvre. *La teigne dans l'agglomération bruxelloise. — Essai d'hygiène scolaire et de mycologie clinique.* (Journ. méd. de Bruxelles 1903, Nr. 10.)

Aus den eigenen Untersuchungen des Verf. geht hervor, daß von den drei Typen der Erkrankung der behaarten Kopfhaut am häufigsten in Brüssel die durch Mikrosporon Audonini hervorgerufene Form vorkommt, deren Folgen in viel kleinerer, unter sich annähernd gleicher Anzahl die durch Trichophyton megalosporum endothrix hervorgerufene Form und die Tinea favosa durch Acherion Schönleinii verursacht. Verf. gibt eine ausführliche klinische, mikroskopische und bakteriologische Beschreibung der drei Formen.

Die Krankenhäuser sind nicht darauf eingerichtet, die große Zahl der Kinder mit Erkrankungen der Kopfhaut zu verpflegen, es ist auch bei der sehr langen Dauer der Behandlung die Unterbringung der Kinder in Krankenhäusern durchaus nicht wünschenswert. Andererseits jedoch sind diese Kinder vom Schulbesuch ausgeschlossen und bleiben daher in ihrer Ausbildung zurück.

Der Verf. betont zum Schlusse die Notwendigkeit der Errichtung einer Institution, welche Schule und Ambulatorium vereinigt, wo die an Tinea erkrankten Kinder gleichzeitig des Unterrichtes und der für ihre Hautkrankheit erforderlichen Spezialbehandlung teilhaftig werden.

Hendrix (Brüssel).

L. S. Somers. *The medical inspection of schools.* (Die schulärztliche Untersuchung.) (New York Medical News, 17. Jänner 1903.)

Julius Zappert. *Ueber Lungen- und Herzuntersuchungen an Wiener Schulkindern.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

Die an den Kandidaten für eine Ferienkolonie vorgenommenen Untersuchungen ergaben ein Ueberwiegen der Erkrankungen der

Atmungsorgane in den früheren Altersstufen, wobei die kleinen Mädchen etwas stärker betroffen erschienen, als die gleichaltrigen Knaben. Im ersten Biennium des Schulbesuches zeigen die Erkrankungen des Atmungstraktes eine große Frequenz, nehmen im zweiten etwas ab, erreichen im dritten ihr Minimum, um in den letzten zwei Jahren wieder anzusteigen.

Was die Erkrankungen des Herzens betrifft, zeigt sich ebenfalls ein Ueberwiegen der Mädchen. Verf. sucht die gefundenen Tatsachen zu erklären und weist auf die Wichtigkeit schulärztlicher Untersuchungen hin.

Neurath (Wien).

J. Kerr. *The Testing of the Eyesight of School Children.* (British Medical Journal, March 14. 1903.)

Der oberste Londoner Schulrat hat seit einiger Zeit durch eigens angestellte Aerzte die Augen der Londoner Schulkinder untersuchen lassen. Aus Dr. J. Kerrs Bericht, der die gewonnenen Resultate zusammenstellt, heben wir folgendes hervor:

Der Prozentsatz der Kinder mit normaler Sehschärfe wächst mit zunehmendem Alter und in den höheren Klassen, so daß derselbe in der VII. Klasse 80% beträgt.

Zehn Prozent haben durch das ganze Schulleben hindurch schlechte Sehschärfe ($S = \frac{6}{18}$ oder darunter).

Herabgesetzte Sehschärfe ist in den meisten Fällen nur durch kleine Fehler bedingt, so daß S gewöhnlich nicht unter $\frac{6}{9}$ bis $\frac{6}{12}$ heruntergeht. Die Verminderung ist ebenso sehr auf geistige wie auf Defekte des Auges selbst zu beziehen und erzieherisch von größter Wichtigkeit für die erste Hälfte des Schullebens.

Sehr schlechte Sehschärfe ($S = \frac{6}{36}$ oder weniger) infolge von Verletzungen, Krankheit und wahrscheinlich auch Spasmus und Myopie wurde in geringem Prozentsatze angetroffen von 1.5% in der I. bis 3.5% in der VII. Klasse.

Die schlechten Wirkungen feiner Arbeiten und ungeeigneter Beleuchtung äußern sich während des Schullebens weniger in Verminderung der Sehschärfe als in allgemeiner nervöser Abspannung und ungünstigen Ernährungsverhältnissen.

Die ambulante Behandlung der augenkranken Schulkinder in den allgemeinen Spitälern ist bei den besonders gearteten Londoner Spitalsverhältnissen nicht erfolgreich. Es wäre deshalb wünschenswert, daß derartige Kinder durch dauernd angestellte Spezialärzte in der Schule untersucht und behandelt werden, eine Forderung, die vorderhand leider aus äußeren Gründen undurchführbar ist.

Karl Fürth (London).

W. E. Lambert. *Trachoma in the public schools of New York.* (*Trachom in den öffentlichen Schulen in New-York.*) (New York Medical Record, 21. Feb. 1903.)

Probeweise wurden die Augen von 57.450 Kindern in 36 Schulen untersucht. 6690=13% hatten ansteckende Augenkrankheiten. 2328 ausgesprochenes Trachom; 3243 eine milde Form; 1099 Ac. purul. conjunctivitis. Der Prozentsatz in verschiedenen Schulen war sehr

verschieden: 3-6 bis 28 bei den Knaben; 1 bis 18 bei den Mädchen. Die Schulen waren hauptsächlich in dichtgedrängten Stadtteilen. Im Dezember 1902 hat das New-Yorker Gesundheitsamt ein besonderes Spital eingerichtet, um diese große Zahl Trachomfälle zu behandeln. In den ersten sieben Wochen hat man 4242 Fälle behandelt und 603 Fälle operiert.

Verf. glaubt, daß man besondere Spitäler für die Behandlung ansteckender Augenkrankheiten gründen sollte.

Herrman (New-York).

Ernährung und Stoffwechsel.

Gernsheim. *Die Rahmgemenge und ihre neuere Ergänzung.* (Im Einvernehmen mit Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Biedert-Hagenau.) (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 2.)

Was eine Mitteilung, wie vorliegende, bezwecken will, wenn sie sich nicht in den Dienst niedrigster Reklame stellen will, ist Ref. nicht klar. Der nach Indikationen handelnde Ernährungstherapeut wird sich nicht verleiten lassen, auf einige mitgeteilte Fälle mit guter Gewichtszunahme hin, wie sie sich in der Reklameliteratur eines jeden Nährpräparates finden, obige Präparate als eine wesentliche Bereicherung unserer Ernährungstherapie zu betrachten, der praktische Arzt aber, der nicht Gelegenheit gehabt hat, Ernährungsfälle einwandfrei und kritisch zu beobachten, kann leicht dieser Täuschung verfallen. Deswegen hält Ref. es für notwendig, auf die mitgeteilten Fälle näher einzugehen. 1. Ein frühgeborenes Kind von 2250 g wurde mit Ramogenverdünnungen ernährt und erreichte erst am Ende der vierten Woche sein Anfangsgewicht; dadurch war es aber in seinem Stoffwechsel nicht so geschädigt worden, daß es nicht nachher bei starker Ueberernährung in zwei Monaten 2210 g zunehmen konnte. Auch weiterhin bei Milchezusatz stieg das Körpergewicht an. Zum Ausnahmefalle stempelt Verf. das Kind durch seine eigenen Worte, daß das Ramogen hier in großen Mengen (1500 bis 1600 cm³) und starker Konzentration erstaunlich gut vertragen wurde. 2. Zwei Zwillinge von 3825 und 3300 g Anfangsgewicht wurden zuerst gestillt und dann mit Backhaus-Milch ernährt und erreichten nach fünf Wochen ein Gewicht von 4800, bzw. 4250 g. Der schwerere nahm dabei weiter gut zu, während der andere innerhalb zwei Wochen 100 g abnahm; er erhielt deswegen Milch-somatoseramogen und sein Körpergewicht nahm dauernd zu. Ueber das sonstige Verhalten der Kinder wird nichts mitgeteilt. Haben wir das Ramogen dazu wirklich nötig? Auf die weiteren Ausführungen, namentlich auf die Anpreisung bei akuten Ernährungsstörungen, lohnt es sich nicht, mangels an Belegen näher einzugehen.

Interessant ist noch die Ankündigung einer „Fermentmilch“ nach Biedert. Da Verf. Mißerfolge mit Rahm zugeben muß und in der Literatur glänzende Erfolge mit Buttermilch — einer fettarmen Nahrung — berichtet werden, so wird jetzt in den Fabriken für Rahmgemenge die Herstellung einer der Buttermilch analogen, „vielleicht sogar überlegenen Fermentmilch“ begonnen.

Verf. hofft dann, ausgerüstet nach beiden Richtungen hin — Fettreichtum und Fettarmut — allen Möglichkeiten einer vollkommenen diätetischen Behandlung gewachsen zu sein und damit den Fabriken ihre weitere Existenz zu sichern.

Bartenstein (Breslau).

J. Sobel. *An emergency milk warmer for infants and young children.* (Ein einfacher Apparat zur Milcherwärmung für Säuglinge und kleine Kinder.) (New York Medical Record, 7. Feb. 1903.)

Dieser einfache und praktische Apparat ist aus Zinn gearbeitet. Er besteht aus zwei Abteilungen, einer oberen, doppelwandigen, in welcher die Milchflaschen durch heißes Wasser erwärmt werden, und einer unteren zum Einsetzen einer Spirituslampe. 3 bis 4 Minuten genügen, um die Milch auf 40°C. zu erwärmen.

Herrman (New-York).

L. Heinrich. *(Die Milchflora bei enteritiskranken Stillenden.* (Inaug.-Dissert. Jassy 1903.)

In 16 Fällen fand Verf. immer zahlreiche Bakterien. Außer den gewöhnlichen Staphylokokken fand er 5mal Streptokokken, 5mal Tetrageses, 2mal Hefen und 31mal verschiedene Bazillenspezies: *Bacillus mesentericus vulgatus* 4mal, *Bacillus aeris minutissimus*, *Proteus Zopfi*, *Bacillus coli communis*, *Bacillus subtilis*, *Bacillus lactis* Nr. XII Flügge je 2mal und je 1mal *Bacillus lactis* Nr. III Flügge, *Bacillus lactis aërogenes*, *Bacillus butyricus* etc. Die vom Verf. gefundene Flora unterscheidet sich von der normalen bei Frauen, welche gesunde Kinder stillen, durch das Vorhandensein der Bazillen und Streptokokken, die wahrscheinlich eine Rolle in der Entstehung der Enteritis spielen.

Manicatide (Jassy).

Betzy Meyer. *Zur Kenntnis des bakteriziden Vermögens der Milch.* (Hospitalstidende Nr. 4, pag. 97, 1903.)

Verf. erwähnt die Untersuchungen von A. P. Fokker (Fortschr. der Med. 1890), Hesse (Z. f. Hyg. 1894) und Schotelius (Ctrbl. f. Bakt. 1896), referiert ferner eine Arbeit von Moore (New York Rev. and Amer. Creamery 1902) und einige Untersuchungen von Hunziker (New York Corell St. Bull. 1917). Der letztgenannte findet, daß das bakterizide Vermögen der Milch bei 21° am größten ist, bei niedrigeren Temperaturen minder ausgeprägt, aber von längerer Dauer. Wird Milch in 20 Minuten bis 65° erwärmt, geht das bakterizide Vermögen verloren.

Verf. hat nun mehrere Versuche angestellt, die jedoch nicht alle an dieser Stelle referiert werden können, und hat dabei

gefunden, daß bei niedrigen Temperaturen keine Wucherung der Bakterien in der Milch stattfindet; es scheint recht gleichgültig zu sein, ob die Milch unmittelbar nach dem Melken abgekühlt wird oder ob sie erst in 1 bis 2 Stunden bei 30° steht; die Bakterien wachsen nicht nennenswert in der Milch, solange diese „lebend“ ist. Wird die Milch aber gekocht, ist das Verhalten ein durchaus anderes. In solcher Milch, die bei Temperaturen unter 10° gehalten wird, findet keine Wucherung der Bakterien statt, während dies in gekochter Milch immer der Fall ist. Auch bei 20° ist die Vermehrung der Keime in gekochter Milch bedeutend größer als in roher Milch. Es dürfte somit bewiesen sein, daß frische Milch in den ersten 5 bis 6 Stunden nach dem Melken bakterizides Vermögen gegenüber den Milchsaprophyten besitzt.

Ferner hat Verf. die Milch mit Diphtheriebazillen infiziert und gefunden, daß diese Mikroben in gekochter Milch besser als in roher Milch wachsen und sich vermehren. Im übrigen müssen wir auf das Original verweisen. Monrad (Kopenhagen).

Jan Raczynski. *Dyspepsia intestinalis acida lactatorum.* (Wiener klin. Wochenschr., 1903, Nr. 12.)

Siehe diese Monatsschrift I. Band, Seite 30.

Neurath (Wien).

Passini. *Ueber das regelmäßige Vorkommen der verschiedenen Typen der streng anaerobischen Buttersäure-Bakterien im normalen Stuhle.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 57. Bd., Nr. 1.)

Vergl. das Referat über die 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad in Nummer 2 dieser Monatsschrift 1902. Bartenstein (Breslau).

Klinik der Kinderkrankheiten.

B. Chmelař. *Beitrag zur Aetiologie der leukämischen Krankheit.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 10, S. 460.)

Der Verf. kommt auf Grund der Untersuchung von 27 Leukämiefällen (Klinik Prof. Maixner in Prag) zu der Ansicht, daß die Leukämie durch abgelaufene akute und chronische Infektionskrankheiten (Scharlach, Variola, Abdominal- und Flecktyphus, Tuberkulose, Lues, Peritonitis, Endokarditis) verursacht sei. Er nimmt an, daß unter dem Einflusse derselben die lymphoiden Elemente der hämatopoëtischen Organe, namentlich des Knochenmarkes, in Hyperplasie geraten, so daß diese Organe nicht mehr imstande sind, die große Menge der neugebildeten Leukocyten zu beherbergen, demzufolge die letzteren in den Blutkreislauf eindringen und das klinische Bild der Leukämie hervorrufen.

Diese Ansicht erscheint kaum ausreichend fundiert, wenn wir erfahren, daß sie sich lediglich auf die anamnestischen Angaben

der Patienten und ihrer Angehörigen stützt, und wenn wir weiter hören, daß unter den 27 Fällen nur in 12 positive Angaben über vorausgegangene Infektionskrankheiten gemacht wurden, 2 unbestimmt lauteten und in einem Falle ein Trauma der Krankheit vorausging. In den übrigen 12 Fällen behaupteten die Patienten früher stets gesund gewesen zu sein! Unger (Wien).

Mahar, Nau et Rose. *Anémie infantile pseudoleucémique. — Traitement arsenical. — Guérison.* (Bulletins de la société de pédiatrie 1903, Nr. 2, Seite 71, und Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Nr. 3, Seite 113.)

Bei dem im Alter von 18 Monaten erkrankten Kinde fand sich neben Blässe und großem Milztumor eine Verminderung der roten Blutkörperchen auf 3,200.000, eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen auf 40.000, hierunter 53% polynukleäre, 45% mononukleäre und je 1% eosinophile Zellen und Myelocyten. Im gefärbten Präparate in jedem mikroskopischen Gesichtsfelde zwei bis drei kernhaltige rote Blutkörperchen. Unter Solutio arsenicalis Fowleri nach 9 Monaten vollkommen normaler Blutbefund. Verschwinden des Milztumors und guter Allgemeinzustand.

R. Weigert (Breslau).

Lomax. *Infantile Diabetes Mellitus. (Infantiler Diabetes mellitus.)* (Albany Med. Annals, Februar 1903.)

Lomax' erster Patient war ein Knabe von drei Jahren, der mit der Anamnese einer Enuresis nocturna zur Beobachtung kam. Die Untersuchung ergab hochgradige Polyurie mit 5% Zucker. Exit. let. nach zehn Monaten an allgemeiner Asthenie. Der zweite Fall betraf ein etwas jüngeres Mädchen mit Symptomen einer Hirnhautreizung, Zucker bis zu 3%, Verlauf günstiger als im anderen Falle. Umfangreiche Literatur angeben.

Wachenheim (New-York).

E. Roos. *Ueber späte Rhachitis (Rhachitis tarda).* (Zeitschrift für klin. Medizin. 48. Bd., 1. und 2. Heft).

Roos teilt folgenden Fall mit: Ein anscheinend gesundes Kind, das mit einem Jahre allein lief, erkrankte im zweiten Jahre unter Darmerscheinungen schwer und verlor für nicht länger als zwei Monate das Gehen wieder. Knochenveränderungen wurden nicht bemerkt, der behandelnde Arzt sprach nicht von Rhachitis. Nach völliger Gesundheit vom dritten Jahre ab und bei sonst anscheinend normalen Knochenverhältnissen — das Kind war nur etwas kleiner als die Altersgenossinnen — trat im 11. Lebensjahre (als die Eltern den Wohnort gewechselt hatten) allmählich Erschwerung des Gehens ein und im Laufe einiger Jahre entstanden starke Verbiegungen der Unterarmknochen und der Unterschenkel, dabei hochgradige Auftreibungen der Epiphysen. Der Schädel und die Rippen blieben intakt, aber anscheinend nicht das Becken (schnabelförmiges Vorspringen der Symphyse). Auf Grund der Epi-

physenaufreibungen, von Röntgen-Photographien (Fraktur, Infraktionen, Verbiegungen und sichtbare Epiphysenlinien) und der Besserung nach Gebrauch von Phosphorlebertran kommt Verf. zu der Diagnose Rhachitis. Als Differentialdiagnose wird nur die Osteomalacie und die Osteotabes infantum (Ziegler) erwähnt, nicht die Osteoporose und Osteopsatyrose. Die Differentialdiagnose gegenüber der Osteotabes ist fast immer nur auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen zu stellen. Ref. erscheint daher die Diagnose Rhachitis tarda sehr wenig gestützt und begründet.

Bartenstein (Breslau).

Aubertin. *Varices du crâne dans le rachitisme.* (Revue mens. des malad. de l'enfance, Heft 3.)

Verf. berichtet über einen Fall von varikösen Erweiterungen der Schädelvenen bei einem 6monatlichen Kinde, wie sie Fournier unter dem Namen „Dystrophies veineuses“ als Symptom der hereditären Syphilis beschrieben hatte. Ebenso wie Hochsinger, bestreitet auch Aubertin den direkten Zusammenhang der Venenerweiterungen mit der hereditären Lues, die in seinem Falle anamnestisch, klinisch und pathologisch-anatomisch mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Er führt ihr Entstehen vielmehr auf die durch Vorhandensein eines Hydrocephalus internus bedingte intrakranielle Drucksteigerung zurück und bringt sie in ätiologische Beziehungen zur Schädelrhachitis.

Steinitz (Breslau).

Martell. *Die Früh tuberkulose und ihre Therapie durch Kalomel.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 7—10, Seite 316.).

Die theoretischen Erörterungen des Autors, die derselbe zur Begründung seiner Behandlungsmethode vorausschickt, sind im Original nachzulesen, die Indikationen für die Behandlung selbst präzisiert er in folgendem: 1. Die Lähmungen der Vasomotoren zu beseitigen; 2. die giftigen Stoffwechselprodukte des Tuberkelbazillus chemisch zu binden; 3. die Zerfallsmassen zu verflüssigen und sie zu befähigen, den Körper unter der gesteigerten physiologischen Tätigkeit der Organe, des Darmes und der Lungen zu verlassen. Diese Indikationen erfüllt das Kalomel dadurch, daß das aus dem Kalomel in statu nascendi sich entwickelnde Sublimat mit den toxischen Stoffwechselprodukten des Bazillus eine Sublimat-Albuminatverbindung eingeht, welche ein heftiges Bakteriengift ist und den Bazillen den Nährboden abgräbt zu ihrer weiteren Entwicklung; dazu kommt noch, daß die Zellterritorien mit ihren Epithelzellen in gesteigerte Leistungsfähigkeit versetzt werden, welche ihrerseits nun die Substanzen bilden zur Verflüssigung der tuberkulösen Materialien. Man sieht daher nach Anwendung des Kalomels eine sich von Tag zu Tag steigende Zunahme der Absonderungen von Seiten der Lunge in Form der Sputa, von Seiten des Darmkanals in Form der Dejektion.

Bei der Behandlung der zentralen mesenterialen, eventuell Bronchialdrüsentuberkulose haben sich folgende Gesichtspunkte ergeben: Im Beginne der Kur sind kleine Dosen zu geben, um zu erfahren, wie die Darmtätigkeit darauf reagiert (0.01 dreimal täglich). Tritt Verstopfung ein, so muß die Dosis eventuell gesteigert werden, bis eine regelmäßige Darmtätigkeit eingetreten ist. Mit der internen Behandlung ist zugleich die Kalomelseifenbehandlung (Kalomel mit einem salbenförmigen Seifenkörper, der in die Haut eingerieben wird) zu verbinden. Die Beschaffenheit des Mundes erfordert die größte Aufmerksamkeit.

Schließlich empfiehlt der Verf. die Kalomelbehandlung auch prophylaktisch bei Neugeborenen, deren Anamnese die

hereditäre Belastung ergibt und deren Geschwister in den ersten Lebensmonaten an Tuberkulose gestorben sind. Der Verf. behauptet, über eine Reihe von Fällen zu verfügen, in denen es ihm gelang, bei täglicher Verwendung von Kalomel (0.003 dreimal täglich) diese mit absoluter Sicherheit dem Tode verfallenen Kinder am Leben zu erhalten. Das Kalomel wurde so lange fortgegeben, bis die Dejektionen absolut frei von Fäulnisgeruch und schleimig-eitrigen Beimengungen waren. Der kindliche Organismus vertrug das Präparat ohne jegliche Störungen.

Unger (Wien.)

Rotch. *Tubercular Peritonitis in early Life.* (Die tuberkulöse Peritonitis im Kindesalter.) (Journ. Amer. Med. Ass., 10. Jänner 1903.)

Rotchs Beobachtungen betreffen 69 Kinder, resp. 39 Knaben und 30 Mädchen im Alter bis zu zwölf Jahren, jedoch größtenteils unter sechs. Hereditäre Belastung in 20 Fällen. Schmerzhaftigkeit des Abdomens selten ausgeprägt, Durchfall und Obstipation ziemlich gleich häufig, Temperatur gelegentlich normal, resp. subnormal, Puls und Atmung frequent, Leukocyten schwankten von 5400 bis 44.000 pro Kubikmillimeter.

20 Fälle verliefen ohne Operation letal, 12 desgleichen nach Operation, 20 überstanden den operativen Eingriff, 17 wurden ohne Operation entlassen. 15 Patienten wurden durch die Laparotomie gebessert, bei späterer Nachforschung erwiesen sich 9 von 13 gesund nach einem Zeitraum von drei Monaten bis neun Jahren, Heilung nach Operation, also ca. 35%, Todesfälle ca. 40%.

Verf. stellt eine Reihe von Tabellen auf, davon folgender Abriß:

	Gestorben		Entlassen	
	ohne	nach	nach	ohne
	L a p a r o t o m i e			
Freie Flüssigkeit im Abdomen	4	9	15	5
Meteorismus	14	12	20	16
Darmverlötung	11	8	11*)	9**)
Tuberkulose des Mesenteriums oder der Mesenterialdrüsen	16	9	13	9**)
Bauchfellverdickung	11	7	13	
Miliartuberkulose des Bauch- felles	15	10	15	
Miliartuberkulose d. Milz, Leber, Niere	14	1	5	5
Tuberkulose der Lunge oder der Pleura	17	3	0	
Tuberkulose des Gehirnes oder der Meningen	13	0	0	
Vergrößerung der Cervical-, Axillar-, Inguinal- oder der Bronchialdrüsen	16	4	8	6
Darmgeschwüre	11	1		
Tuberkulinprobe, positiv . . .		2		2

Wachenheim (New-York).

*) Verhinderte in vier Fällen günstiges Resultat.

**) Palpable Massen im Abdomen.

Kornél Preisich. *Bemerkungen zu dem Vortrage: „Die Vererbung der Syphilis“, gehalten von R. Matzenauer, referiert S. 26.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 12.)

Drei Tatsachen sind es, die nach Preisich bei der Vererbung der Syphilis die in Betracht kommenden Möglichkeiten erklären können: 1. Erreger von Infektionskrankheiten können auf natürlichem und künstlichem Wege in ihrer Virulenz geschwächt oder gesteigert werden. 2. Bis zu einem gewissen Grade geschwächte Krankheitserreger können in einen Organismus aufgenommen werden, ohne wahrnehmbare Symptome zu verursachen, und können dabei eine aktive, somit dauerhafte Immunität erwirken. 3. Der reife und der sich bildende oder sich entwickelnde Organismus verhalten sich derselben Infektion gegenüber verschieden; der Krankheitserreger findet an den beiden Organismen ganz verschiedene Nährböden zur Weiterentwicklung. An der Hand dieser Erfahrungen analysiert Verf. die verschiedenen Vererbungsmöglichkeiten, wobei er eine germinative Uebertragung ablehnt.

Neurath (Wien).

Wiśniewski. *Syphilis hereditaria bei Kindern.* (Polnisch.) Nowiny lekarskie 1903, Nr. 3.)

Eine Zusammenfassung der Frage, zu welcher 33 aus eigener Beobachtung stammende Fälle Veranlassung gegeben haben.

J. Brudziński (Warschau).

Salomon. *Syphilis héréditaire tardive traitée par les injections intraveineuses de cyanure de mercure.* (Bullet. de la soc. de péd. de Paris Nr. 2, 1903).

Salomon hat bei einem 5 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben mit einem Syphilid an Lippenkommissuren, Wangen und Zunge mit der obigen Behandlung einen schnellen Erfolg erzielt, nachdem eine fast sechs-wöchentliche Quecksilber-Schmierkur, die noch durch eine 14tägige Kollargol-Schmierkur unterbrochen wurde, keine Besserung bewirkt hatte. Es wurden im ganzen in fünf Tagen drei Injektionen von 1 cm³ einer 1%igen Lösung gemacht. Die Injektionen waren nur minimal schmerzhaft und wurden gut vertragen. Nach der dritten Injektion waren die syphilitischen Ulzerationen gänzlich abgeheilt. — Da diese Injektionskur in unmittelbarem Anschluß an eine langdauernde Quecksilber-Schmierkur vorgenommen wurde, so erscheint es gewagt, den ganzen Erfolg auf das Konto der zweiten Kur zu setzen.

R. Weigert (Breslau).

Fritz Sippel. *Bericht über 100 Intubationen bei diphtheritischer Laryngstenose.* Aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart. (Med. Korrespondenzblatt d. württemb. ärztl. Landesvereines. 1903, Nr. 4 bis 5, Seite 57.)

Bei den 100 intubierten Kindern handelte es sich in den allermeisten Fällen um Kinder, die von auswärts zur Tracheotomie geschickt wurden. In 82 Fällen mußte sofort intubiert werden; ein Kind wurde mit auswärts eingeführter Tube gebracht, in den übrigen Fällen wurde die Intubation nur in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme nötig. Nach mehr als

24 Stunden ist es — dank dem Serum — nie mehr zur Entwicklung von Stenosen gekommen.

In 28 der intubierten Fälle war auswärts Heilserum injiziert worden. Im Spitale wurde sofort in jedem Falle (abgesehen von den bereits injizierten) Serum injiziert. Von den 100 intubierten starben 11, von den 9 sekundär Tracheotomierten starben 4, von den 91 Fällen reiner Intubation $6 = 6\frac{6}{10}\%$. Bei den von April 1901 bis November 1902 insgesamt ausgeführten 118 Tracheotomien und Intubationen starben 18 = $15\frac{2}{10}\%$.

Verhältnismäßig gute Resultate von der Intubation sah Verf. bei Kindern im ersten Lebensjahre, im Gegensatz zu anderen Autoren. Bei größeren Kindern bedeutet die Intubation eine Zeitersparnis gegenüber der Tracheotomie, da oft ein kurz dauerndes Liegen der Tube genügt, die Stenose zu beseitigen. In gewissen Fällen (Pharynxstenose, Glottisödem, schwere septische Diphtherie mit Blutungen, manche Fälle von Dekubitalgeschwüren) wird die Tracheotomie allerdings nie durch die Intubation ersetzt werden können.

Die Schattenseiten der Intubation anlangend, hat Sippel erhebliche Schluckbeschwerden selten gesehen. Zur Verstopfung der Tube durch Membranen, resp. zähen Schleim kam es in 5 Fällen. Ein Hinabstoßen abgelöster Membranen wurde nur einmal beobachtet. In 7 Fällen zogen sich die Kinder den Faden mit der Tube oder den Faden allein heraus; dabei wurde einmal die Tube verschluckt; in 3 Fällen wurde der Faden durchgebissen. Ebenfalls in 3 Fällen kam es vor, daß bei einem starken Hustenstoß die Tube zur Hälfte ausgehustet wurde, zur Hälfte im Kehlkopf stecken blieb, wobei das obere Tubenende sich an die Rachenwand anstemmte, so daß die Tube für die Luft undurchgängig wurde. In 57 Fällen wurde die Tube ausgehustet, doch ist trotz drohender Asphyxie weder in diesen, noch in den früher erwähnten Fällen infolge der stetigen ärztlichen Bereitschaft und geschickter Schulung der Schwestern ein Todesfall durch Erstickung nicht vorgekommen. Fälle von Tubendekubitus wurden mehrfach beobachtet. Sippel sah sich jedoch nicht veranlaßt, alsdann sofort zu tracheotomieren, wie es manche Autoren wünschen, sondern er konnte häufig durch längere mehrwöchentliche Intubation zum Ziele gelangen und mit der Tube selbst den Dekubitus zur Heilung bringen.

In der Privatpraxis wird die Intubation nur mit Auswahl der Fälle und großer Vorsicht anzuwenden sein, da man vor üblen Zufällen in keinem Falle sicher ist. Von den 100 intubierten Fällen würde, falls nicht Tag und Nacht sofortige ärztliche Hilfe zur Hand gewesen wäre, sicherlich ein erheblicher Prozentsatz den Erstickungstod gestorben sein. Unger (Wien).

Puławski. *Ein statistischer Beitrag zur Frage der Serumtherapie der Diphtherie.* (Polnisch.) (Czasopismo lekarskie 1903, Nr. 2.)

Die betreffenden Zahlen sind umso interessanter, da sie von einem Landarzte stammen und noch die Periode vor der Einführung der Serumtherapie umfassen. Es seien hier nur die Hauptzahlen vorgeführt. Der Verf. hatte in seiner Behandlung 1890 bis 1898 (gewöhnliche Behandlung) 546 Fälle (60% Sterblichkeit), darunter 425 mit Larynxdiphtherie (77% Sterblichkeit).

In der Periode 1895 bis 1902 (Serumtherapie): Im ganzen 469 Fälle (7% Sterblichkeit), darunter 267 Fälle mit Larynxdiphtherie ($12\frac{7}{10}\%$ Sterblichkeit).

In der Periode 1895 bis 1898: Von vielen Pat. am Lande wurde die Serumtherapie nicht zugelassen, nach drei Jahren hatte die Therapie das Vertrauen der Landpatienten völlig erworben.

J. Brudziński (Warschau).

Lichtwitz. *Die Erfolge des Diphtherieheilserums.* (Therapeutische Monatshefte, 1903, Heft 3, Seite 136.)

Nach eingehender polemischer Besprechung der letzten Arbeiten von Kassowitz und Rosenbach berichtet Verf. über 113 eigene Fälle mit günstigen Erfolgen; er glaubt am Schlusse dargetan zu haben, daß die Zweifel und Bedenken, die Kassowitz erhoben habe, der Kritik nicht standhalten, und ist der festen Überzeugung, daß die weiteren Erfolge der Serumtherapie auch die letzten und hartnäckigsten Gegner bekehren werden.

Zuppinger (Wien).

Monti. *Zur Frage der Serumexantheme.* Vortrag, gehalten auf der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902. (Archiv f. Kinderheilk. 35. Bd., 5. u. 6. Heft).

Vergleiche das Referat in Nr. 2 dieser Monatsschrift 1902.

Bartenstein (Breslau).

De Stelle et Miche (Gand). *Un cas remarquable de paralysie post-diphthéritique.* (Belgique Médicale, 20. Nov. 1902.)

7jähriges Kind mit Lähmung der Muskulatur des Rachens, der Speiseröhre und des Kehlkopfes. Schlucken unmöglich. Ernährung zunächst per rectum, später mit der Schlundsonde. Dauer einen Monat, während welchem das Kind eine schwere Schluckpneumonie durchmachte.

Hendrix (Brüssel).

Erik Faber. *Die Todesursachen bei Diphtherie.* (Inaug.-Dissert. Kopenhagen 1903. 170 S.)

Verf., der Sekundärarzt am „Blegdamshospital“, dem Epidemiohospital zu Kopenhagen, ist, hat eine ganze Reihe von Blutdruckuntersuchungen an diphtheriekranken Kindern angestellt. Im ganzen werden 56 Krankengeschichten mitgeteilt. Verf. hat sich des Gärtner'schen Tonometers bedient und erwähnt zuerst seine Untersuchungen über den normalen Wert des Blutdruckes bei gesunden Kindern. Er fand dann, daß der Mittelwert des Blutdruckes zwischen 90 und 140 mm liegt, u. zw. so, daß die jüngsten Kinder die niedrigsten, die älteren Kinder die höheren Zahlenwerte zeigen. Verf. geht dann zu seinen Untersuchungen an diphtheriekranken Kindern über und teilt eine schöne Reihe von sehr sorgfältig gemachten Untersuchungen mit, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann. Er resumierte: die Wirkungen des Diphtheriegiftes auf den menschlichen Organismus sind teils lokale, teils generelle. Die diphtherische Lokalaffectation ist nicht lebensbedrohend, solange sie sich auf die Schleimhäute der Nase und des Schlundes beschränkt. Werden dagegen Larynx, Trachea oder die Bronchien afficiert, kann die Diphtherie direkt Todesursache werden dadurch, daß sie ein Hindernis der Luftpassage bildet, und der Tod tritt ein unter dem Bilde einer Erstickung oder einer Kohlensäureintoxikation. Die generellen Wirkungen des Diphtheriegiftes sind zweierlei, entweder eine Frühwirkung oder eine später eintretende Wirkung. Erstgenannte, die Früh-

wirkung des Diphtheriegiftes, die eigentliche Intoxikation, hat ihren Grund in einer vasomotorischen Lähmung, die sicherlich durch den Einfluß des Giftes auf das vasomotorische Zentrum der Medulla oblongata bedingt ist. Diese vasomotorische Lähmung, die mit einer abnormen Blutverteilung einhergeht, kann in schweren Fällen im Laufe weniger Tage den Tod verursachen; das Herz wird dadurch nicht primär affiziert. Führt die vasomotorische Lähmung nicht zum Tode binnen 2 bis 3 Wochen, so schwindet sie allmählich wieder und die normalen Blutdruckverhältnisse treten dann im Laufe von 4 bis 5 Wochen wieder ein. Die spätere Wirkung des Diphtheriegiftes ist durch eine ausgebreitete Lähmung der Muskeln charakterisiert, die freilich durch eine Einwirkung des Giftes auf die peripheren Nerven bedingt ist. Diese Spätwirkung wird erst in der fünften, sechsten oder siebenten Woche lebensbedrohend, also zu einer Zeit, wo die Frühwirkung schon aufgehört hat.

Uebrigens müssen wir auf das Original hinweisen.

Monrad (Kopenhagen).

A. Delcourt (Bruxelles). *Du diagnostic différentiel des états morbides simulant le croup diphthéritique.* (Journ. méd. de Bruxelles 1903, Nr. 8.)

Der Verf. bespricht eingehend die Symptomatologie des echten Krupps sowie der verschiedenen Krankheitsformen, mit welchen derselbe verwechselt werden kann. Als solche kommen in Betracht: die akuten Kehlkopfkatarrhe, die Laryngitis bei Morbillen, die Laryngitis stridula oder Pseudokrupp (Asthma Millari), Fremdkörper, adenoide Vegetationen und Hypertrophie der Tonsillen, Retropharyngealabszesse, Polypen und andere Tumoren des Kehlkopfes, Glottisödem und Glottiskrampf, pseudomembranöse nichtdiphtheritische Tracheobronchitis, Stridor der Neugeborenen, schließlich Bronchialasthma.

Alle diese Erkrankungen können zu Erstickungsanfällen sowie anderen kruppartigen Symptomen führen. Die Differentialdiagnose kann in einem Augenblicke, wo rasches therapeutisches Eingreifen notwendig ist, Schwierigkeiten darbieten. Der Verf. führt einschlägige Beispiele aus seiner eigenen Beobachtung an.

Aus den Auseinandersetzungen des Verf. ergibt sich, daß der Arzt die Symptomatologie der aufgezählten Erkrankungen sowie des Krupps genau kennen muß. Die Symptome finden sich in einer sehr ausführlichen Tabelle zusammengefaßt und sind nach der Art des Beginnes und Verlaufes der Krankheit, dem Zustande des Rachens, den Ergebnissen der Laryngoskopie oder Autoskopie nach Kirstein, dem Charakter des Hustens, der Stimme und den Schmerzen, nach dem Verhalten der Temperatur, der Atmungsstörungen und der Beschaffenheit des Auswurfes gruppiert.

Der Verf. gibt schließlich nützliche Ratschläge bezüglich des einzuschlagenden Verfahrens, der chirurgischen Behandlung und insbesondere der Intubation.

Hendrix (Brüssel).

Dionys Pospischill. *Mosers Scharlach-Streptokokkenserum.* (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 15.)

Die Schwierigkeiten, die einer Erprobung einer neuen Scharlachtherapie entgegenstehen, sind ebenso zahlreich als vielseitig. Die verschiedenen Typen des Krankheitsverlaufes, die nicht leicht schon im Beginne zu stellende Prognose, die Komplikationen, die Eigenheiten des sogenannten Genius epidemicus etc., all diese Momente erschweren das Urteil. Die durch das sparsame Serummateriale gebotene Auswahl der schweren Fälle und die durch das zeitweilige Versiegen der Serummenge hervorgerufene Notwendigkeit, auch schwere Fälle ohne Serum zu behandeln, erleichterten insofern ein Urteil, als einerseits der Einwand, durch Einbeziehung leichter Fälle die Statistik gebessert zu haben, wegfiel, anderseits die ohne Serum behandelten Fälle einen geeigneten Vergleich mit den Serumfällen boten. Eine Lösung der Frage nach der Aetiologie des Scharlachs könnte das Scharlach-Streptokokkenserum nur bei Wirksamkeit einer Anwendung behufs Immunisierung bringen. Vielleicht bringen größere Statistiken von Serumfällen eine Aufklärung über das Wesen der postskarlatinösen Nephritis.

Autor bringt mit breiter Ausführlichkeit die Krankengeschichten von 26 schweren Scharlachfällen, die mit Mosers Serum behandelt worden sind und von denen 11 letal endeten. Er gibt eine genaue Epikrise der Fälle (die den Rahmen des Referates überschreiten würde), verzichtet mit Rücksicht auf die geringe Zahl der Fälle auf eine statistische Verwertung derselben und folgert aus seinen Betrachtungen: Temperaturabfall, Abnahme der Pulszahl und Respirationsfrequenz, Voller- und Härterwerden des Pulses, Freiwerden des Sensoriums, ruhiger Schlaf, Warmwerden der Peripherien, Schwinden der Cyanose, vermehrte Nahrungsaufnahmen waren die auffallenden unmittelbaren Folgen der Injektion.

In den späteren Tagen imponierte bei den Nekrosen die Rötung der Schleimhaut, das Fehlen oder rasche Schwinden des Fötors, das geringe Leiden der Kinder.

Als schönste Dauerwirkung des Moser'schen Serums ist es zu betrachten, wenn eine 14 Tage nach der Injektion auftretende Streptokokkensepsis in Hämorrhagien und Temperaturanstieg ihren alleinigen klinischen Ausdruck fand, um in Genesung zu enden.

Neurath (Wien).

Strzemiński. *Augenerkrankungen als Komplikationen des Scharlachfiebers.* (Polnisch.) (Nowiny lekarskie 1903, Nr. 4.)

Strzemiński beschreibt sieben Fälle von Augenerkrankungen, die im Verlaufe oder infolge des Scharlachs auftraten. Es waren in zwei Fällen Cornealgeschwüre, in drei Phlyktänen während der Periode der Desquamation, in einem Ophthalmoplegia interna, im letzten Conjunct. crouposa. Von anderen Komplikationen waren nur Otitis, Nephritis und Angina scarlatinosa vorhanden.

J. Brudziński (Warschau).

Fritz Sippel. *Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern.* (Aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart. Mediz. Korrespondenzblatt der württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 2, S. 19.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 132 Masernfälle, die größtenteils den Stuttgarter Kinderkrippen entstammten. Bei 18 Fällen war das Exanthem bereits geschwunden und durften keine „Kopliks“ mehr erwartet werden. Die übrigen 114 Fälle befanden sich teils im prodromalen, teils im Eruptions- resp. Floritionsstadium. Im Prodromalstadium standen 25 Fälle, bei diesen wurden sämtlich die „Kopliks“ gefunden. Der Masernausschlag bestand zur Zeit der Aufnahme noch in 89 Fällen: unter diesen fanden sich in 12 Fällen keine „Kopliks“; in allen diesen 12 Fällen war der Ausschlag im Gesichte nicht mehr, wohl aber noch am Rumpfe und an den Extremitäten zu sehen. Bei gesunden oder an anderen Krankheiten leidenden Kindern (Röteln, Scharlach) wurden die „Kopliks“ niemals beobachtet.

Sippel teilt einige Fälle mit, in denen dieses Symptom in differentialdiagnostischer und prophylaktischer Beziehung die wertvollsten Dienste geleistet hat; seine Bedeutung liegt darin, daß es schon in der Inkubationszeit, noch vor dem Auftreten der Koryza, Exantheme am Gaumen, Konjunktivitis, die zuverlässige Diagnose auf Masern stellen läßt, daß es eine sichere differentialdiagnostische Unterscheidung der Masern von anderen, auch arzneilichen Exanthemen gestattet und daß es die Erkennung der Krankheit und damit die Isolierung der Kranken in einem Stadium ermöglicht, wo die Ansteckung der Umgebung sich eventuell noch verhüten läßt. Zumal von diesem letzteren Gesichtspunkte der Prophylaxe aus dürfte das Koplik'sche Frühsymptom für Kinderspitäler, Krippen und ähnliche Anstalten, wie auch für die Schulhygiene von besonderem praktischen Werte sein.

Unger (Wien).

L. Falk. *Maladie de Werlhof à la suite de la rougeole.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 7.)

Bei einem $4\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen traten bald nach Ablauf der Masern kleine Hautblutungen am ganzen Körper auf; später erfolgte Blutbrechen und blutige Stühle nebst Hämaturie. Nach Verabreichung von Sol. Ergotini $1.0/200.0$ und Sol. Fowleri langsame Heilung. Falk nimmt an, daß unter dem Einfluß der Masern die im Blute kreisenden Bakterientoxine die Kapillarwände alterieren und so den Austritt des Blutes begünstigen.

Brüning (Leipzig).

W. S. Cooke. *A case of tetanus following vaccination.* (Ein Fall von Tetanus nach Schutzpockenimpfung.) (New York Medical Journal, 10. Jänner 1903.)

Ein 4jähriges Mädchen wurde unter allen prophylaktischen Kautelen am Beine geimpft. Vier Wochen später entwickelte sich ein mäßig schwerer Anfall von Tetanus. Das Kind war auf dem

Lande und hat im Freien gespielt. Verf. glaubt, daß es sich durch Erde infiziert hat. Herrman (New-York).

Marcus. *Vom Tetanus neonatorum und seiner Behandlung mit Serumeinspritzungen.* (Inaugural-Dissertation, Kiel, 1903.)

Verf. teilt aus der Quincke'schen Klinik zwei Fälle von sogenanntem Tetanus neonatorum mit, bei denen Tetanusinfektion auf keine Weise nachgewiesen werden konnte. Auf Grund der Sektionsbefunde, namentlich im zweiten Falle — Blutungen in den mittleren Schädelgruben und Abszeß in der linken Beckenhälfte — kann man mit ziemlicher Sicherheit echte Tetanusinfektion ausschließen. Beide Fälle waren vergeblich mit Tetanusantitoxin behandelt worden. Obwohl Verf. es bekannt ist, daß auch aus anderen Ursachen als durch spezifische Tetanusinfektion tetanische Krämpfe bei jungen Kindern ausgelöst werden können, läßt er sich an der Hand seiner eigenen und anderer 25 ihm bekannter Fälle, bei denen nur zweimal Tetanusbazillen nachgewiesen werden konnten, in eine Kritik über den Wert der Antitoxinbehandlung ein. Eine derartige Diskussion hält Ref. für ebenso unnötig, wie über die Frage, ob Diphtherieheilsrum bei klinischen Diphtherien ohne Löffler'sche Bazillen nützt oder nicht.

Bartenstein (Breslau).

L. Balter. *Ueber Typhus abdominalis im Kindesalter.* (Inaug.-Dissert. Jassy 1903. Klinische Studie, auf 25 Krankengeschichten fussend.)

Verf. hat selten einen Status typhosus beobachtet. Die Roseola war häufiger zu sehen, intensiv, manchmal hämorrhagisch. Die Temperaturkurve zeigte keinen streng typischen Verlauf, mehrmals einen intermittierenden, und dauerte immer kürzer als bei Erwachsenen. In den meisten Fällen fehlte die charakteristische Diarrhöe. Verf. sah in vier Fällen Enterorrhagien. Serumreaktion $\frac{1}{32}$ immer positiv; Diazoreaktion gleichfalls. In einem einzigen Falle tritt Exitus letalis ein; anatomisch dieselben Läsionen wie bei Erwachsenen, vielleicht etwas leichter. Rezidiv nur in einem Falle, nach achttägiger Apyrexie. Chinin und Salol, kalte Abwaschungen, einmal auch kalte Bäder, geben die besten therapeutischen Resultate.

Manicatide (Jassy).

Brush. *Typhoid Fever in an Infant under One Year.* (*Unterleibstypus bei einem Säugling unter einem Jahr.*) (Journ. Amer. Med. Ass., 24. Jänner 1903.)

Ursache war eine Brunnenverunreinigung; die Mutter war ebenfalls an Typhus erkrankt. Der Fall wurde nur kurze Zeit beobachtet. Widal-Probe fehlt. Wachenheim (New-York).

E. Avellis. *Ictus laryngis als Keuchhustenerscheinung beim Erwachsenen.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 368.)

Der 38jährige Pat. litt wochenlang an einem Husten von keuchhustenähnlicher Natur. Mutter und Schwester steckten sich an, namentlich die letztere zeigte das charakteristische Ziehen beim Husten. Pat. hatte starke Entzündung der Stimmbänder mit Ero-

sionen. In der 5. Krankheitswoche statt Hustenanfälle ein kurzes Aufhusten mit Bewußtseinsstörung, wobei er hinstürzte. Einmal ein Zungenbiß. Diese Anfälle bestanden 7 Wochen, traten auch nachts auf und verschwanden ohne Wiederkehr. Verf. vergleicht diese Anfälle, wiewohl keine Zuckungen beobachtet wurden, mit der Eklampsie kleiner Kinder bei keuchhustenähnlichen Erkrankungen, betont aber, daß die Anfälle nicht etwa nach einer schweren Hustenattacke, sondern statt einer solchen eintraten. Die Heilung ist noch nicht lange genug beobachtet worden. (Letzter Bericht 1 Monat nach dem letzten Anfall. Epilepsie mit laryngealer Aura? Doch findet man auch bei Kindern mit sogenanntem Pertussis in seltenen Fällen eklamptische Anfälle ohne vorhergegangene schwere Hustenattacke. Der Ref.) Goepfert (Kattowitz).

M. Mch. Hull. *A study of 55 fatal cases of pertussis (Ein Studium an 55 Fällen von Keuchhusten mit letalem Ausgange.)* (Philadelphia Medical Journal, 7. Feb. 1903.) Herrman (New-York).

Norbert Swoboda. *Ueber Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin, einem neuen geschmacklosen Chininpräparat.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 10.)

Das Aristochin, welches 96·1% Chininbase enthält, ist ein geschmackfreies Chininderivat und stellt ein weißes, im schwach salzsäurehaltigen Magensaft lösliches Pulver dar, das bei der Darm-passage nicht wieder ausgefällt wird. Das Präparat ruft keine lokale Belästigung der Magenschleimhaut hervor und entfaltet eine intensive protozoentötende Wirkung. In 68 Fällen von Keuchhusten wurde das Präparat versucht. Bei Säuglingen wurden als Tagesdosis dreimal soviel Centigramme gegeben, als das Kind Monate zählte, bei größeren Kindern dreimal soviel Dezigramme, als das Kind Jahre zählte. Die Dauer der Behandlung betrug meist 9 Tage; durch drei Tage wurde die volle Tagesdosis, durch 6 Tage die Hälfte dieser Dosis gegeben. Die Tagesdosis wurde in drei bis vier Portionen gereicht.

Das Mittel wurde stets gut vertragen und bewirkte in einer großen Zahl von Fällen rasche Besserung und Heilung, selbst in der Weise, daß es die Krankheit vor dem Eintritte des Stadium convulsivum zu beendigen vermochte. In einigen Fällen blieb die Heilung und selbst nur eine Besserung aus. Neurath (Wien).

Stepp. *Zur Behandlung des Keuchhustens.* (Prager med. Wochenschrift 1903, Nr. 11 bis 14.)

Das vor Jahren vom Autor empfohlene Bromoform bewährte sich im großen und ganzen als Mittel gegen Keuchhusten. Durch das Versagen des Mittels in wenigen Fällen bewogen, versuchte Stepp nun die Darreichung des Fluoroforms, eines geschmack- und geruchlosen, absolut ungiftigen Mittels. Dasselbe empfiehlt sich besonders bei der Behandlung der Kinder in den ersten Lebenswochen und im ersten Lebensjahre, endlich auch bei älteren

Kindern, bei denen das Bromoform versagt. Das Fluoroform kommt in 2- bis $2\frac{1}{2}\%$ iger Lösung in Anwendung.

Bei allen Erkrankungsformen, sowohl bei den leichten, als bei den schwersten und anderweitig komplizierten, setzt sofort mit Beginn der Fluoroformbehandlung ein Abfall der Anfangskurve ein, zuerst steil, dann allmählicher und dann wieder rascher. Die Regelmäßigkeit dieses Abfalles läßt eine spezifische Einwirkung des Mittels auf das Keuchhustengift als durchaus wahrscheinlich erscheinen.

(Die 14 mitgeteilten Krankengeschichten sind durch Kurven illustriert.)
Neurath (Wien).

W. E. Foggie. *A Case of Cerebral Diplegia after Whooping Cough.* (The Scottish Medical and Surgical Journal, January 1903.)

Mary C., elftes Kind gesunder Eltern, ausgetragen, normale Geburt; gesunde Geschwister; war ganz gesund und entwickelte sich körperlich und geistig in befriedigender Weise, bis sie im 6. Lebensmonate Keuchhusten bekam. Am Schlusse eines heftigen Hustenanfalles allgemeine Konvulsionen und Koma; letzteres dauerte fast 2 Wochen. Nach Wiederkehr des Bewußtseins zeigte sich Verminderung der Intelligenz, Schwäche und Starrheit der Muskeln.

Status präsens: $2\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind. Schwäche im Rücken, doch vermag es aufzusitzen; es besteht Muskelschwäche und Starrheit der Muskeln bei Bewegungen. Die Finger sind geschlossen und proniert. Das Kind vermag mühsam mit der linken Hand zu greifen. Die Beine sind gestreckt starr, mit einer Andeutung von Equino-varus-Stellung. Beim Versuche zu gehen tritt Adduktorenkrampf ein. Babinskys Zehenphänomen vorhanden. Keine Athetose. Das Kind vermag wenige Worte zu sprechen, ist aber in seiner geistigen Entwicklung zurückgeblieben. Verf. glaubt, daß es sich in diesem Falle um eine Gehirnblutung während des Keuchhustenanfalles handelt, gibt aber die Möglichkeit kongenitalen Ursprungs zu. Bezugnahme auf einen Fall von cerebraler Diplegie nach Keuchhusten. Vargas Medizinische Blätter 1902, Nr. 35 und 36.
Karl Fürth (London).

Lowenburg. *Gonorrhoea in Children.* (Die Gonorrhöe bei Kindern.) (Amer. Medicine, 21. Februar 1903.)

Verf. berichtet über einen Fall von Urethritis gonorrhoeica bei einem Knaben von vier Jahren. Die Provenienz der Infektion ist nicht genauer angegeben. Autor verweist auf die recht spärliche Literatur.
Wachenheim (New-York).

M. A. Gershel. *Subcutaneous abscesses due to the gonococcus, in a child 2 years of age.* (Subkutane Abszesse bei einem 2jährigen Kinde, durch Gonokokken entstanden.) (New York Medical Record, 7. Feb. 1903.)

Der Fall ist interessant wegen des Alters des Kindes und wegen dieser seltenen Komplikation. Der Knabe, um den es sich

handelt, hatte nach Typhus eine gonorrhoeische Urethritis akquiriert. Nach einer Woche entwickelte sich links, drei Tage später rechts vom Anus ein subkutaner Abszeß. Beide waren mit bräunlich-gelbem Eiter gefüllt. Es war keine Kommunikation zwischen den Abszessen und Rektum oder Prostata. Bei bakteriologischer Untersuchung fanden sich im Eiter nur Gonokokken, keine Darmbakterien. Die Geschwüre heilten langsam binnen vier Wochen. Verf. gibt ein Resumé von 11 Fälle aus der Literatur. Nur in zwei Fällen war der Abszeß, wie in dem seinigen, direkt subkutan und ohne Kommunikation mit den tieferen Teilen. Verf. nimmt an, daß die Infektion auf dem Wege der Lymphgefäße geschehen ist.

Herrman (New-York).

Guinon. *Un cas de rhumatisme chronique à debut précoce chez une petite fille.* (Bulletins de la Société de pédiatrie 1903, Nr. 2, Seite 49.)

Chronischer Rheumatismus bei einem Mädchen von 5½ Jahren. Die Affektion setzte bereits im sechsten Lebensmonate mit Schwellungen zahlreicher Gelenke der oberen und unteren Extremitäten, Schmerzhaftigkeit und Funktionsbehinderung ein und führte zu einer fast vollkommenen Zerstörung der aktiven Beweglichkeit der Arme und Beine. Ueber das Verhalten der Temperatur wird nichts berichtet. Herz intakt. Mit fünf Jahren Atrophie der Extremitätenmuskulatur und Fehlen der Patellarreflexe. Vom Beginn der Erkrankung bis zum dritten Lebensjahre ein Torticollis, der eines schönen Morgens verschwand. Geistige Entwicklung normal.

R. Weigert (Breslau).

F. Parkes Weber. *A Case of the Form of Chronic Joint Disease in Children described by Still.* (British Medic. Journ., 1903, Nr. 28.)

Knabe A. S., 8 Jahre alt, seit 2 Jahren unter Beobachtung im deutschen Spital. Beginn der Erkrankung Ende 1900. Im April 1902 waren die Knie- und Ellbogengelenke vergrößert, es bestanden symmetrische Schwellungen der kleinen Gelenke an Händen und Füßen und eine Steifigkeit im cervicalen Abschnitt der Wirbelsäule. Milz und Leber waren beträchtlich vergrößert und die Hals-, Achsel- und Leistendrüsen mäßig geschwollen. November 1901 hatte der Knabe einen Anfall von Endokarditis mit Zurückbleiben einer Mitralinsuffizienz. Die Gelenkerscheinungen, die Schwellung von Leber und Milz sowie der Lymphdrüsen besserten sich allmählich. Dezember bis Jänner 1902/03 machte der Knabe einen Typhus durch, von dem er sich gut erholte. Zur Zeit (März 1903) sind seine Gelenke fast normal, mit Ausnahme der Kniegelenke, welche bei Bewegung knarren, und geringer spindelförmiger Verdickung der Fingergelenke.

Weber glaubt, daß dieser Fall eine relative Heilung der von Still beschriebenen Krankheit darstellt.

Die Behandlung bestand in milden hydropathische Prozeduren, allgemeiner Hygiene und robrierender Diät.

Karl Fürth (London).

Kobrak. *Ueber rheumatische Chorea und ihre antirheumatische Therapie.* - (Archiv für Kinderheilkunde XXXVI, Heft I und II, Seite 28.)

Verf. berichtet über 122 in den Jahren 1895 bis 1902 in der Neumann'schen Poliklinik zur Beobachtung gekommene Fälle von Chorea. Verf. sieht den kausalen Zusammenhang des Rheumatismus mit der Chorea begründet in dem häufigen gleichzeitigen Auftreten beider Krankheiten und der Endokarditis, in dem häufigen Entstehen beider Affektionen im Anschlusse an Anginen und in dem Einflusse der Jahreszeit auf Ausbruch und Verlauf des Rheumatismus sowohl wie der Chorea. Die Behandlung bestand in der Verwendung von Aspirin und Arsen. In den sicher mit rheumatischen Erscheinungen komplizierten Fällen konnte der günstige Einfluß des Aspirins konstatiert werden, doch konnte dieses ebensowenig wie das Arsen Endokarditiden vermeiden helfen. Neben der medikamentösen Therapie werden hydrotherapeutische Maßnahmen empfohlen. Nicht berücksichtigt hat Verf. bei der Kritik der Erfolge des Aspirins und Arsens den günstigen Einfluß der Bettruhe (der körperlichen und der geistigen Ruhe) auf den Verlauf der Chorea, doch dürfte dies darin begründet sein, daß es sich lediglich um poliklinisch beobachtete Fälle handelt.

R. Weigert (Breslau).

Hecht. *Grippe und eitrige Meningitis mit dem Befunde der Influenzabazillen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 57. Bd., Heft 3.)

Aus der stark eitrig-getrübten Lumbalpunktions-Flüssigkeit konnten Influenzabazillen auf Blutagar gezüchtet werden. Die Obduktion ergab eine starke, dicke Eiteransammlung an der Basis cerebri und längs der Gefäße, das Rückenmark in dicke Eitermembranen gelagert, außerdem eine rechtsseitige Pleuritis fibrinosa.

Bartenstein (Breslau).

Arnstein. *Pseudomeningitis im Verlaufe der Pneumonie bei einem 3 Jahre alten Kinde. Heilung.* (Polnisch.) (Czasopismo lekarskie 1903, Nr. 1.)

Am achten Tage im Verlaufe der Pneumonie konstatierte Arnstein nebst sehr ausgeprägtem Lungenbefund und hoher Temperatur wiederholte Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Genickstarre, die Augen halb geöffnet, Pupillen erweitert, die Reaktion sehr träge. Abdomen gespannt, Entleerungen 1 bis 2 täglich. Die nächsten Tage keine Besserung, erst am 14. Tage Wiederkehr des Bewußtseins und allmähliche Besserung, vier Wochen nach Beginn der Pneumonie vollkommene Restitution. Arnstein meint mit einer Pseudomeningitis pneumococcia zu tun gehabt zu haben.

J. Brudziński (Warschau).

Griffith. *Illustrative Cases of Cerebro-spinal Fever. (Illustrative Fälle von Cerebrospinal-Meningitis.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 17. Jänner 1903.)

Verf. stellt sechs Typen auf (gewöhnlicher, maligner, leichter, abortiver, intermittierender, chronischer), welche er mit zehn Fällen

aus verschiedenen Epidemien illustriert. Verf. bemerkt, daß auf seiner Kinderabteilung eine Ansteckung nie stattgefunden hat. In mehreren Fällen bestand große Aehnlichkeit mit Abdominaltyphus in Bezug auf Temperaturgang, Blutbefund und allgemeinen Verlauf. Opisthotonus im allgemeinen sehr ausgeprägt, das Kernig'sche Symptom erwies sich als unzuverlässig.

In der Diskussion erwähnt Verf., daß die Lumbalpunktion höchstens diagnostischen Wert besitze. Irgendwelche Besserung nach derselben habe er nie gesehen.

Wachenheim (New-York).

M. Perrin. *Un cas de cytodagnostic du liquide céphalo-rachidien chez un enfant.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 5.)

Bei einem 3 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben entwickelten sich im Verlaufe eines heftigen Keuchhustens mit Bronchopneumonie und linksseitiger Mittelohreiterung die Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis (Pupillenerweiterung, Nackenstarre, Pulsverlangsamung und -Irregularität). In dem reichlichen, zeitweise blutigen Rachensekret fanden sich keine Tuberkelbazillen, aber sehr reichliche Diplokokken (*D. lanceolatus*); denselben Befund ergab die Untersuchung des Ohreneiters. Da bei diesem Befunde die Diagnose zweifelhaft werden mußte, hoffte man, durch die genaue Untersuchung der bei der Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit eine sichere Diagnose stellen zu können. Aber auch dieser Eingriff ließ im Stich. Die Cytodiagnose ergab nämlich ausschließlich mononukleäre Zellen und Kapseldiplokokken, aber wiederum keine Koch'schen Bazillen. Erst die Sektion bestätigte die Vermutung einer tuberkulösen Meningitis, die von verkästen Bronchialdrüsen ihren Ausgang genommen hatte. Nach Perrin war die tuberkulöse Affektion der Meningen das Primäre und die Einschwemmung der Diplokokken ein sekundärer, nebensächlicher Vorgang.

Brüning (Leipzig).

U. Bailly. *Un cas de maladie de Friedreich à évolution rapide.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 6.)

13jähriger Knabe; Mutter starb an Tuberkulose. Kind bis zum 11. Lebensjahre gesund. Seit dieser Zeit häufig Kopfschmerzen, Erbrechen; allmählich Gehstörungen, schwankender Gang und Unmöglichkeit, sich aufrecht zu erhalten, Zitterbewegungen in den Armen und Beinen, allgemeine Muskelschwäche; Sehnenreflexe herabgesetzt; später Incontinentia urinae et alvi, Lähmung der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörungen. Auf Grund dieser Erscheinungen, die im Laufe von wenig mehr als einem Jahre sich gezeigt hatten, hält Bailly die Erkrankung für einen Fall von Ataxia hereditaria Friedreich. Näheres über den Ausgang der Affektion stellt Bailly in Aussicht.

Brüning (Leipzig).

W. Zenczykowski. *Die Sprachstörung bei der cerebralen Kinderlähmung.* (Polnisch.) (Kronika lekarska 1903, Nr. 4.)

Interessant in diesem Falle ist die Verbesserung der Sprachstörungen, die sehr beträchtlich waren. Sprachverständnis sehr

gering. Die Artikulation und Phonation unmöglich. Nach entsprechender Behandlung, die nur die physiologische Entwicklung der Sprache nachahmte, gelang es dem Pat. nach einem Monate, a u laut zu sprechen. Nachher o, e, k, s, n, m, p, u. s. w. Nach sechs Monaten konnte er schon die ein- und zweisilbigen Worte laut wiederholen.

J. Brudziński (Warschau).

M. Deguy. *Un cas de paralysie partielle et congénitale du voile du palais.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 5.)

Ein 15jähriger Knabe, das 4. Kind einer sehr nervösen Mutter, litt in den ersten Lebensjahren häufig an Krämpfen. Die Entwicklung der Sprache verzögerte sich infolge einer Gaumensegellähmung, welche im 5. Lebensjahre vom Arzte diagnostiziert und vergeblich mit dem elektrischen Strom behandelt wurde. Bei der genauen Untersuchung des Knaben ergab sich außer verminderter Intelligenz und Dysarthrie, daß der M. pharyngo-staphylinus der linken Seite gelähmt und seine elektrische Erregbarkeit herabgesetzt war. Verf. ist geneigt, diese isolierte Lähmung der monosymptomatischen pseudo-bulbären Paralyse zuzurechnen und sucht die eigentliche Ursache sowohl der Krämpfe als auch der Lähmung in kongenitalen Störungen, über deren Natur Positives nicht ausgesagt werden kann. Im Anschlusse an die eigene Beobachtung folgt zum Schlusse die Schilderung eines sähnlichen Falles bei einem 13jährigen Jungen, den C o m t e in seiner Dissertation ausführlich beschrieben hat.

Br ü n i n g (Leipzig).

P. Armand-Delille et J. Camus. *Contracture fonctionnelle ayant simulé une contracture d'origine pottique, existant depuis 5 mois chez une fillette de 14 ans, guérie en 48 heures par l'isolement.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 5.)

Der Titel ergibt zur Genüge den Inhalt der kasuistischen Mitteilung.

Br ü n i n g (Leipzig).

K. Ciągłiński. *Ein atypischer Fall von Tetanie.* (Polnisch.) (Czasopismo lekarskie 1903, Nr. 3.)

Es handelt sich um einen 9 Monate alten, stark rhachitischen Knaben, der an Krämpfen und Glottiskrampf litt. Die Erscheinungen der vorliegenden Erkrankung waren folgende: Das Kind liegt in Dorsallage, der Kopf stark nach rückwärts gebeugt, Genickstarre, gewisser Starrkrampf der Muskeln des Rumpfes, die rechte Hand weist die Stellung à la main d'accoucheur auf, der Vorderarm adduziert, Abdomen gespannt, Gesichtsausdruck scharf, leidend, Pupillenreaktion normal, der Mund läßt sich nicht weit aufmachen. Bewußtsein behalten. Facialisphänomen fehlt, Trousseau'sches Phänomen schwach, Kernig fehlt. Erbrechen war nicht vorhanden. Temperatur 37.5°. Puls 90. Dieser Zustand dauerte fünf Tage, nach fünf Tagen vollkommene Restitution. Der Verf. will diesen Fall, indem er Tetanus und Meningitis ausschließt, als eine atypisch auftretende Tetanie auffassen.

J. Brudziński (Warschau).

W. Grosskopff. *Ein Fall von Epilepsie, geheilt durch Operation von Nasenpolypen und Nebenhöhleneiterung.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 140.)

Der 20jährige Mann hatte zum erstenmale im 2. Lebensjahr „Krämpfe“. Anfangs 1900 leichte Anfälle von Bewußtseinsstörung, gegen Ende 1900 ausgesprochene Epilepsie. Im Herbst 1901 täglich 6 bis 8 Krampfanfälle. Obstruktion der rechten Nasenhöhle durch zahlreiche Polypen, bei Durchleuchtung völliges Dunkel der rechten Kieferhöhle. Eröffnung der Kieferhöhle vom zweiten Prämolaris, Entfernung der Polypen von der Nase aus. Im Moment, wo die Schlinge die Polypenstiele von der mittleren Muschel durchschnitt, kam es zu dem letzten epileptischen Anfall, den der Pat. bis heute gehabt hat.

Goepfert (Kattowitz).

Rocaz et Cruchet. *Myxoedem congénital.* (Arch. d. méd. des enf., Tome VI, 1903, S. 97 ff.)

Verff. beschreiben sehr genau den Sektionsbefund bei einem typischen Falle von Myxoedem bei einem etwa 2½ Jahre alten Mädchen. Das Wesentliche ist der auch mikroskopisch geführte Nachweis des völligen Fehlens der Schilddrüse sowie irgend welcher Nebendrüsen. Die Hypophysis zeigte keine (vikariierende) Vergrößerung, die Thymus eine progressive Sklerosierung und Verkleinerung ihres Gewichtes. Das Gehirn bot makroskopisch und mikroskopisch nichts Auffallendes dar, nur die Meningen waren verdickt und mit Blut überfüllt.

Thiemich (Breslau).

J. L. A. Koch. *Die erbliche Belastung bei den Psychopathien.* (Kinderfehler, VIII. Jahrg., 1903, Heft 1.)

Der durch seine Studien über die „psychopathischen Minderwertigkeiten“ allgemein bekannte Psychiater wendet sich in seinem klar geschriebenen Artikel gegen die übertriebene oder gedankenlose Art und Weise, in der die erbliche Belastung Psychopathien aller Art erklären soll. Er leugnet die kollaterale und atavistische Vererbung von psychischen Anomalien, d. h. Vererbung in den Fällen, in welchen die Erzeuger selbst völlig gesund und frei von latenten Abnormitäten sind. Im übrigen darf die Bedeutung der erblichen Belastung nicht so hoch angeschlagen werden, daß man darüber alle im Laufe der Entwicklung drohenden prädisponierenden oder unmittelbar krankmachenden Schädlichkeiten unterschätzt.

Thiemich (Breslau).

M. Perrin. *Mort brusque de neuf fils d'un alcoolique.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 7.)

Die interessante Mitteilung betraf eine Familie, in welcher der Ehemann so sehr dem Trunke ergeben war, daß er überhaupt nicht nüchtern wurde; gleichzeitig war er sehr aufgereggt und brutal, prügelte häufig seine Frau und warf sie einmal zugleich mit ihrer ältesten Tochter zum Fenster hinaus. Infolge dieser Behandlung war die Frau sehr schüchtern und furchtsam. Aus der Ehe

stammten 11 Kinder, 9 Knaben und 2 Mädchen. Die beiden Mädchen leben und sind gesund; die 9 Knaben aber sind sämtlich verstorben, u. zw. im Alter von 3 bis 9 Jahren; ein 9jähriger Knabe war blind zur Welt gekommen. Die Knaben starben alle eines rätselhaften Todes; nach unbestimmten Krankheits-symptomen verfielen sie angeblich ganz plötzlich in völlige Somnolenz und bevor noch der Arzt geholt werden konnte, war schon der Tod eingetreten. Ueber die Ursache des Todes können nur Vermutungen bestehen, doch ist es zweifellos, daß die hereditäre Belastung vonseiten des Vaters, welcher in seinem 50. Lebensjahre an einem Herzleiden zugrunde ging, von Bedeutung war. Zu bemerken ist nur die Tatsache, daß in diesem Falle die Söhne starben, während im allgemeinen nach Perrin die Heredität eine gekreuzte ist, d. h. die Söhne der Mutter und die Töchter dem Vater gleichen.

Br ü n i n g (Leipzig).

J. Veis. *Die Bedeutung des Schnarchens.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 321.)

Heilung des Schnarchens und der dasselbe begleitenden chronischen Rachenkartarrhe durch Anlegen einer vom Kinn zum Haarwirbel reichenden Binde während der Nacht.

G o e p p e r t (Kattowitz).

Körner. *Die in der Ohren- und Kehlkopfklinik zu Rostock üblichen Behandlungs- und Operationsmethoden.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XLII, S. 1.)

Ein klinischer Vortrag, dessen Forsetzung versprochen wird. Erwähnt muß werden das Auftreten von postoperativer Angina mit Belag nach Entfernung der Adenoiden. Dieselbe tritt ungefähr 48 Stunden nach der Operation ein, 6 bis 12 Stunden später finden wir lakunäre Belege auf der Gaumentonsille, manchmal auch auf den Plicae salpingo-pharyngeae. Manche rezidivierende Angina geht gleichfalls von der Rachentonsille aus. Akute Pyocyanus-Otitis ist meist charakterisiert durch ein blutig-seröses Exsudat in der Paukenhöhle und subepidermoidale Blasen im Gehörgange. Außerdem ist der Pyocyanus als Mischinfektion bei Operationswunden am Ohre besonders gefürchtet.

G o e p p e r t (Kattowitz).

Treitel. *Ueber Influenza-Pharyngitis und -Laryngitis.* (Archiv für Laryngologie, Bd. 13, S. 147.)

Beginn ähnlich dem einer Angina. Auftreten runder bis ovaler, teils konfluierter, grauweißer Flecke, die im Niveau einer stark geröteten und geschwellenen Schleimhaut lagen. In der Mitte derselben teilweise flache Ulzerationen. Flecke fanden sich auf Mandeln, Gaumenbogen und hinterer Rachenwand. Bei einem Nachschub wurden kleine Bläschen beobachtet, die sich schnell in flache Geschwüre verwandelten. Dauer der Krankheit mindestens 3 Wochen. Influenzabazillen wurden erst bei dem Nachschube festgestellt. Ver-

gleich mit der Beobachtung Fränkels aus der ersten Influenza-epidemie, der ähnliche, schwer heilende Geschwüre im Kehlkopf sah.
Goeppert (Kattowitz).

A. Stieda. *Verkäste Nebenhöhlenempyeme der Nase.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XLII, S. 126.)

Bei allen drei Fällen stark entzündliche Erscheinungen mit akutem Beginn. Fistel nach der Orbita zu. Geräumige Höhlenbildung mit käsigen Massen ausgefüllt. 3. Fall (6jähriger Knabe) mit 4 Jahren ein schwerer Scharlach mit Verschwellung der Augen. In der 15. Krankheitswoche Fistelbildung zu beiden Seiten der Nase in der Nähe der Augenwinkel und Verbreitung der Nasenwurzel. Durch Operation wurde eine kleinapfelgroße Masse aus der oberen Nasenhöhle fast im ganzen entfernt. Dieselbe bestand nur in nekrotischem, teilweise mit Kalk durchsetztem Gewebe. Andeutung von lamellärem Bau. Vergleich mit Pseudo-Cholesteatomen des Warzenfortsatzes.
Goeppert (Kattowitz).

H. H. Butts. *Hypertrophy of the lymphoid ring of the pharynx and its surgical treatment.* (Die Hypertrophie des lymphoiden Ringes des Pharynx und ihre chirurgische Behandlung.) (New York Medical Record, 17. Jänner 1903.)

Herrman, (New-York).

Freudenthal. *Adenoids.* (Die adenoiden Vegetationen.) (Journ. Amer. Med. Ass., Febr. 7., 1903.)

Die Vegetationen können auf Infektionskrankheiten folgen, anderseits das Anfangsstadium einer Tuberkulose, resp. rheumatischen Infektion bilden. Nach der Pubertät atrophieren meist die Wucherungen und die Krankheit geht in einen chronischen Nasenrachenkatarrh über. Verf. zieht Operation nach zwei Jahren der in frühester Kindheit vor: als Anästhetikum gibt er dem Chloroform den Vorzug, jedoch nicht bis zur tiefen Narkose, die beste Lage des Pat. ist auf dem Rücken, den Kopf stark nach hinten gebeugt. Antisepsis weder vor noch nach der Operation, dieselbe sei nutzlos oder gar gefährlich. Im allgemeinen sind Resultate befriedigend, ein Bruchteil der Pat. bedarf weiterer Behandlung, resp. wiederholter Operation.
Wachenheim (New-York).

M. Görke. *Die cystischen Gebilde der hyperplastischen Rachenmandel.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 224.)

J. Möller. *Bemerkungen über die seitlichen adenoiden Vegetationen im Nasenrachen nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes für deren Entfernung.* (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 57, S. 178.)

J. Fein. *Zur Operation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachen.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 13, S. 124.)

H. Ritter. *Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gaumenmandeln.* (Ibidem, Bd. 13, S. 121.)

Cystenbildungen in der Rachenmandel kommen nach Görke in 14% aller untersuchten Fälle vor, u. zw. verteilen sie sich nach

dem Alter so, daß von 326 kindlichen Rachenmandeln nur 36 Cysten zeigten, während von 30 Mandeln, die von Individuen über 14 Jahre stammten, 24 solche aufwiesen. Die Cysten sind teils im Epithel liegende Bläschen, teils gehören sie der Mukosa und Submukosa an. Sie stellen teils mit Flimmerepithel, teils mit mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidete Räume dar, die von Ausstülpungen des Oberflächenepithels hergeleitet werden müssen. Ein großer Teil hat ferner kubisches und abgeplattetes Epithel. Die letzteren sind die häufigsten und müssen als Retentionscysten der Drüsen aufgefaßt werden, doch spielen auch andere Prozesse, besonders Wucherungs- und Wachstumsvorgänge in der Wand eine Rolle. Es ergaben sich daher Analogien mit den Cysten des Ovariums. Ritter beschreibt Retentionscysten in der Gaumenmandel, die mit Eiter gefüllt sind, als häufige Befunde. Sie können durch Durchbruch in das submuköse Gewebe zum eigentlichen Tonsillarabszeß führen.

Möller lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entwicklung der adenoiden Wucherungen in der Rosenmüller'schen Grube. Nach Entfernung der Rachenmandel bleibt in solchen Fällen der Erfolg aus, besonders in Beziehung auf die Schwerhörigkeit. Sie zeigen keine große Tendenz, entsprechend der Rachenmandel zu atrophieren. Die Diagnose wird nach der Operation der Rachenmandeln durch Digitaluntersuchung gestellt, doch entgegen namentlich große Wucherungen, die sich flach der Seitenwand anschmiegen, leicht der Aufmerksamkeit. Fein erläutert an schematischen Zeichnungen, wie eine vollständige Operation der Rachenmandel in vielen Fällen bei etwas weniger geneigtem Vomer und nicht genügend weit sich öffnendem Munde unmöglich gemacht wird, und empfiehlt ein Instrument mit bajonettförmig abgeknicktem Stiele. So verlegt er den Drehpunkt außerhalb der Zahnreihe und verdeckt sich selbst nicht den Einblick in den Rachen. Das Instrument wird in drei Größen, u. zw. entsprechend der Körperlänge geliefert. (Reiner, Wien, I., Franzensring 22.) Ref. möchte darauf hinweisen, daß die Senkung des Stieles bei Kindern unter einem Jahre bei den gebräuchlichen Instrumenten meist unmöglich ist. Durch einen scharfen Löffel mit biegsamem Kupferstiel läßt sich die obere Wand in der Nähe des Vomers unter starker Dorsalkrümmung des Stieles, die Seitenwand durch seitliche Drehung des Löffels im Kupferstiel vollständig reinigen.

Goeppert (Kattowitz).

R. Opdyke. *The close analogy of trachoma and adenoids.* (Die große Analogie zwischen Trachom und Adenoiden.) (New-York Medical Record, 3. Jän. 1903.)

Verf. untersuchte eine große Zahl Schulkinder in New-York und fand, daß zwei Drittel aller schweren Fälle von Trachom auch adenoide Wucherungen hatten. Drei Punkte sind bemerkenswert: 1. Die lymphoide Wucherung im Nasenrachenraum ist gewöhnlich primär. 2. Beide Zustände haben dieselbe Aetiologie. Die Neigung zu Trachom hängt sehr von dem Allgemeinzustande ab. Dieser wird

durch die adenoiden Wucherungen ungünstig beeinflusst, so daß Kinder mit solchen Wucherungen, wenn sie neben anderen Kindern mit Trachom sitzen, leichter als Gesunde angesteckt werden. 3. Die Pathologie beider Zustände ist ähnlich. Man sollte so früh als möglich die Adenoide entfernen, um die nachfolgende Gefahr zu verhüten.

Herrman (New-York).

W. S. Mills. *Tonsillitis classed as an infectious disease. (Tonsillitis als eine ansteckende Krankheit klassifiziert.)* (New York Medical News, 24. Jan. 1903.)

Verf. berichtet über fünf Fälle, die deutlich beweisen, daß die einfache Tonsillitis eine ansteckende Krankheit ist. Er glaubt deshalb, daß man sie als eine akute Infektionskrankheit mit lokalen Erscheinungen im Halse betrachten sollte.

Herrman (New-York).

Kander. *Resektion und Naht der Trachea bei Tracheal- und diaphragmatischer Larynxstenose.* (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1903. Bd. 38, S. 133.)

Kasuistische Mitteilung. Nach querer Resektion und Naht der Trachea mit feinem Silberdraht submukös, Heilung per primam bei 5 $\frac{1}{2}$ jährigem Jungen.

Schiller (Karlsruhe).

Morse. *Retropharyngeal Abscess in Infancy. (Der Retropharyngeal-Abscess im Säuglingsalter.)* (Journ. Amer. Med. Ass., Jan. 31. 1903.)

Verf. bringt keine neuen Anschauungspunkte vor; er befürwortet die Operation von der Mundhöhle aus und warnt vor dem Gebrauche des Mundsperrers. Wachenheim (New-York).

O. E. Olsson. *Vulnus penetrans cranii cum abscessu cerebri. Trepanation. Heilung.* (2jähriger Knabe.) (Hygiea 1903, S. 378.)

Oelrich (Lund).

A. Jacobi. *Peribronchitis and Interstitial Pneumonic. (Peribronchitis und interstitielle Pneumonic.)* (Arch. of Pediatrics, Jan. 1903.)

Entgegen der geläufigen Ansicht spielen sich diese Erkrankungen vornehmlich im Kindesalter ab, allerdings wird die Diagnose häufig erst in späteren Jahren, dann oft fälschlich als Tuberkulose, gestellt. Aetiologisch kommen namentlich Lues hereditaria und wiederholte Pneumonien in Betracht, dabei berücksichtigt Verf. eingehend die Literatur der pathologischen Anatomie. In Betreff der Diagnostik werden charakteristische Brustkorbdeformitäten, Herzhypertrophie und namentlich die Abwesenheit, resp. Geringfügigkeit von Husten und Auswurf hervorgehoben.

Das Hauptgewicht legt Verf. auf Prophylaxe: für Kinder jenseits des Säuglingsalters robrierende Maßregeln, inklusive kühler Bäder; bei akuten Erkrankungen möglichstste Verkürzung des Hospitalaufenthaltes, bei dem kleine Kinder bekanntlich zu Pneumonien speziell disponiert sind. Therapeutisch empfiehlt Verf. Arsen, Phosphor und Eisen, daneben laue Bäder und vorsichtig angepaßte

Gymnastik. Nachweislich oder verdächtigluetische Fälle sind entsprechend zu behandeln. Wachenheim (New-York).

Wachenheim. *Chronic Gastritis and Gastric Motor Insufficiency in Children. (Die chronische Gastritis und die motorische Magensuffizienz bei Kindern.)* (N. Y. Med. Journ., Jan. 24. 1903.)

Beide Erkrankungen sind im Kindesalter häufig und nicht so selten gleichzeitig vorhanden. Zur Diagnose ist die Magensonde unerlässlich, der Gebrauch derselben mit nur geringen Schwierigkeiten verbunden. Kinder sind zu chronischen Magenleiden besonders geneigt, weil allerlei untaugliches Zeug, namentlich bei der hiesigen Selbstüberlassung, von den Kleinen genascht wird. Die drei Typen, nämlich Gastritis, Insuffizienz und die Verbindung der beiden sind mit Fällen illustriert, auf die letzte, weniger beschriebene, wird besonders eingegangen. Die Hauptsymptome dieser Form bilden reichliche Schleimsekretion, Mangel an HCl und unverdaute Ueberreste nach sechs und mehr Stunden. Dieser Typus bildet sich leicht aus, wenn ein rhachitisches Kind an einem chronischen Magenkatarrh leidet, weil die motorische Kraft ohnehin beeinträchtigt ist. Therapie besteht in passender Diät, allgemeiner Roborierung und speziell Aufhebung der stets anwesenden Obstipation; das Hauptgewicht sei auf die Magendarmmuskulatur gelegt, in zweiter Reihe erst kommt die Gastritis. Wachenheim (New-York).

Robert G. Ridell. *Three Cases of Acute Intussusception in the Same Family.* (Brit. Medic. Journ., Jan. 10. 1903.)

Ridell berichtet über das merkwürdige Vorkommen von Intussuszeption bei drei Geschwistern einer Familie von 4 Kindern. Der 1. Fall — 5 monatliches Kind — wurde erst nachträglich diagnostiziert. Tod nach 3 Tagen. Im 2. Falle — 7 Monate alter Knabe — und ebenso im 3. Falle — 1 Jahr alt — wurde mit Erfolg die Laparotomie und Lösung der Intussuszeption ausgeführt. Bei allen drei Kindern bestanden Verdauungsstörungen infolge von unzureichender Nahrung. Pathologische Verhältnisse in der Gestalt von Fixation des Cöcums und Ileums wurden bei der Operation nicht gefunden. Karl Fürth (London).

Ackermann. *Ueber die Umstülpung des Processus vermiformis und ihre Beziehung zur Intussuszeption.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1903, Bd. 37, S. 579.)

Unter Mitteilung eines Falles bei einem 4jährigen Kinde und an der Hand von 11 weiteren Fällen der Literatur, von denen 10 Kinder von 2 bis 7 Jahren, nur einer eine Frau von 42 Jahren betraf, erörtert Verf. die Rolle des Appendix bei der Invaginatio ileocaecalis. Er hält die Umstülpung des Wurmfortsatzes für den primären Vorgang, der nach der Art des Vorfalles eines Anus präternaturalis zustande kommt, begünstigt durch die anatomischen Unterschiede des Wurmfortsatzes der Kinder gegenüber dem der Erwachsenen und eventuell durch chronisch entzündliche Prozesse, die sich an ihm abspielen. Schiller (Karlsruhe).

Floren. *Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie der Darm-invagination.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 11, S. 508.)

Zur Kasuistik der chirurgisch behandelnden Fälle von Darm-invagination bei Kindern im ersten Lebensjahre beschreibt der Autor einen Fall (7 Monate alter Knabe) aus dem Elisabeth-Kinderkrankenhause zu Cassel, der zur Illustrierung des Handgriffes nach Kuhn sehr geeignet erscheint. Es handelt sich um eine totale ileocöcale Intussusception bis zur Flexura lienalis.

Unter vollkommener Verzichtleistung auf jeglichen Zug auf den invaginierten Darm ging der Operateur direkt mit der Hand ins kleine Becken bis an den Kopf des Intussusceptum und suchte dasselbe innerhalb des Intussusciptens nach oben zu bringen. Unter streichenden Bewegungen wurden dann immer mehr Teile der Flexur über das nach oben gedrängte Intussusceptum geschoben, bis die Flexur frei war.

Unger (Wien).

L. Fischer. *A case of intussusception in a baby 5 months old.* (Ein Fall von Intussusception bei einem 5monatlichen Säugling.) (New York Medical Journal, 21. Februar 1903.)

Die Hauptsymptome waren: 1. Fortwährendes Erbrechen. 2. Verstopfung zehn Tage lang. 3. Blutige und schleimige Ausleerungen. 4. Der Bauch war aufgetrieben und tympanitisch. 5. Im Anfange keine entzündlichen Erscheinungen. 6. Fortwährendes Geschrei, durch Schmerzen verursacht. Keine ätiologischen Anhaltspunkte. Operation geraten, aber von den Eltern verweigert. Das Kind ist nach 5 Tagen an Erschöpfung gestorben.

Herrman (New-York).

Langemak. *Sero-fibrinöse Peritonitis nach akuter Enteritis, durch Laparotomie geheilt.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, S. 570.)

Bei einem 14jährigen Jungen mit akuter Staphylokokken-Osteomyelitis trat im Anschluß an eine akute Enteritis durch Genuß sauer gewordener Milch eine akute serofibrinöse Peritonitis auf, die durch Laparotomie ohne Drainage zur Heilung kam. Als Ausgangspunkt mußte nach der Autopsia in vivo eine stärker entzündete Ileumpartie 1 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe, deren Serosa fibrinös belegt war, angesehen werden. Verf. hält die Peritonitis als auf dem Lymphwege von dem akut entzündeten Darm aus fortgeleitet.

Schiller (Karlsruhe).

Gunnar Nilson. *Kasuistische Beiträge zur Frage von der Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis.* (Hygiea 1903, S. 333.)

Verf. teilt 15 Fälle von Appendicitis mit: 9 Fälle (3 Kinder) ohne und 6 (2 Kinder) mit Suppuration. In der ersten Gruppe fehlte die Leukocytose ganz oder war nur während der ersten Krankheits-tage vorübergehend vorhanden. Bei den Fällen von suppurativer Appendicitis machte sich bei der immer vorhandenen Leukocytose die Tendenz geltend, entweder stationär zu bleiben oder sich von Tag zu Tag zu vermehren, um normalen Verhältnissen erst dann

Platz zu geben, wenn Abfluß für den Eiter geschaffen wurde (oder eventuell Resorption).

Positiver Palpationsbefund, Fieber und Leukocytose stehen nicht in bestimmtem Verhältnis zueinander.

Wenn es gilt, sich während des Anfalles in casu für interne oder operative Therapie zu entscheiden, stellt Verf. folgenden generellen Satz auf: Eine initiale, stärkere, aber schnell zurückgehende Leukocytose, eine Steigerung der Leukocytenmenge von nur ein paar Tausend über die Norm, sowie völlige Abwesenheit einer Leukocytenvermehrung berechtigen die Stellung einer guten Prognose für den vorliegenden Anfall, sowie die Einleitung einer medizinischen Therapie. Als vorausgesetzt gilt doch, daß die Symptome im übrigen leicht oder wenigstens nicht alarmierend sind.

Die Differenz im Verhalten der Leukocyten in den Fällen ohne und mit Suppuration bildet eine wertvolle Bereicherung für die Differentialdiagnose dieser beiden Zustände und hat, kann man sagen, eine gewissermassen entscheidende Bedeutung, wenn es gilt, zum operativen Eingriff Stellung zu nehmen Oelrich (Lund).

Küttner. *Ueber Pseudo-Appendicitis.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1903, Bd. 37, S. 323.)

Verf. teilt drei Fälle dieser Affektion mit. Bei allen (13jähriger Junge, 16- und 23jähriges Mädchen) verschwanden die sämtlichen Erscheinungen nach Resektion des vollkommen, auch mikroskopisch normal befundenen Appendix. Der eine Fall, bei dem im Wurmfortsatz mehrere Oxyuren sich befanden, erscheint Ref. nicht einwandfrei. Eine mikroskopische Stuhluntersuchung auch in den anderen Fällen scheint verabsäumt worden zu sein. An der Hand seiner Fälle erörtert Verf. die Pathogenese und Pathologie, sowie die Therapie des interessanten Leidens. Schiller (Karlsruhe).

Rudolf Maresch. *Ueber ein Lymphangiom der Leber.* (Zeitschrift für Heilkunde, Band XXIV, 1. Heft, Seite 39.)

Bei einem 5jährigen Mädchen bemerkten die Eltern seit drei Jahren abnorme Umfangszunahme des Bauches, in letzter Zeit auch Abmagerung. Im Abdomen war ein großer Tumor mit undeutlicher Fluktuation zu palpieren. Die Diagnose wurde auf rechtsseitige Ovarialcyste gestellt. Bei der Operation stellte sich ein an seiner Oberfläche von großen Gefäßen durchzogener Tumor ein, der mit den Adnexen nicht verbunden war, dessen Stiel mit dem rechten Leberlappen zusammenhing. Die Punktion war ergebnislos, wohl aber sicherte nach Entfernung des Trokars permanent eine klare, gelbliche Flüssigkeit aus der Punktionslücke. Lösung und Entfernung des Neoplasma, Heilung p. p. int. Es handelte sich um einen Fall von ungewöhnlich großem cystischen Lymphangiom der Leber.

Zuppinger (Wien.)

Hofmeister. *Verkrümmungen des Beines nach Kniegelenksresektion im Kindesalter.* (Bruns' Beitr. zur klin. Chir., Bd. 37, S. 175.)

Bei den Nachforschungen über das Schicksal von 123 im Kindesalter, d. h. bis zum vollendeten 13. Lebensjahre, mit Kniegelenksresektion Operierten fanden sich unter 107 nachuntersuchten Fällen 18 mit ganz geradem Knie, 11 mit ganz leichter Krümmung (bis 165°), also 29 = 27,1% gerade. Mäßig ver-

krümmt, bis zu einem Winkel von 130° waren $30 = 28\%$, schwer verkrümmt (unter 130° Flexionswinkel) $48 = 44,9\%$, wovon 47 Flexionskontrakturen. Diese finden sich im speziellen 31mal unter 48 operierten Kindern von 3 bis 8 Jahren (bei $64,6\%$), aber nur (16mal $27,2\%$) bei 59 Kindern, die zur Zeit der Operation zwischen 9 und 13 Jahre alt waren. Dagegen fand sich unter ca. 50 Fällen jenseits des 14. Lebensjahres kein Fall von sekundärer Verkrümmung. Die Verkrümmung betrifft entweder die Resektionslinie oder das untere Femurende und Hofmeister kommt auf Grund eingehender Studien, besonders auch an Röntgen-Bildern, zu der Ueberzeugung, daß weniger die Belastung beim Gehen, als vielmehr der nach Ausschaltung der Streckerwirkung fast allein maßgebende Beugemuskel-Apparat die sekundären Verkrümmungen verursache. In Konsequenz dieser Anschauung empfiehlt er die Verlagerung der Beugeinsertion an das Femur, entweder unmittelbar bei der Resektion bei Kindern bis zu acht Jahren oder später jedenfalls beim Beginn einer Verkrümmung. Dieses zuwartende Verfahren empfiehlt sich besonders jenseits des 8. Lebensjahres.

Schiller (Karlsruhe).

D. H. Stewart. *Thoughts on foetal intracranial hemorrhage. (Ueber fötale intrakranielle Blutungen.)* (New York Medical Journal, 10. Jänner 1903.)

Abt. *Spontaneous Hemorrhage in New Born Children. (Spontane Blutung bei Neugeborenen.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 31. Jänner 1903.)

Verf. berichtet über 13 Fälle, die Blutungen waren in 3 vom Nabel, in 6 in der Haut, in 4 von der Nase, in 7 aus dem Mund, in 2 vom Magen, in 5 vom Darm, in 2 aus der Scheide, in 1 aus dem Ohr. Die Blutungen traten in verschiedenen Zeiträumen nach der Geburt bis zu 4 Wochen auf. In 1 Falle ergab die Anamnese Lues, 2 Fälle erschienen septisch, in den späteren Stadien trat Cyanose auf, Ikterus in mehreren Fällen.

Interne Behandlung mit *Secale cornutum*, Chloreisen, Nebennieren-Extrakt, sowie lokale mit Tamponade, Nebennieren-Extrakt, *Stypticis* war völlig nutzlos; zwei Fälle heilten unter Gelatine-Einspritzungen. Verf. sieht jedoch dieses Mittel als nicht ungefährlich an, empfiehlt dagegen örtliche Behandlung mit 10% iger Lösung von Gelatine in normal NaCl.

Wachenheim (New-York).

Josef Preindlsberger. *Zwei Fälle von Teratom der Sakralgegend.* (Zeitschrift für Heilkunde, 1903, Band XXIV, 3. Heft, Seite 83.)

Bei einem 33 Tage alten Knaben wurde ein doppelt so großes Teratom, als der Kopf des Kindes war, als Fortsetzung des Steißes extirpiert. Heilung p. p. Der zweite Fall betraf einen 19jährigen Bauer.

Zuppinger (Wien).

Josef Preindlsberger. *Ein Fall von Rankenneurom mit Pigmentbildung.*

Verf. beobachtete bei einem 9jährigen Kinde an der rechten Kopf- und Halsseite eine angeborene flache Geschwulst, welche von der Mitte des Scheitelbeines bis zum obersten Teile der Brust und von der Mittellinie des Nackens bis an die vordere Wangengrenze sich erstreckte. Die Haut war darüber fleckig, braun-gelblich pigmentiert, von zahlreichen feinen Härchen — besonders im Gesichte — bewachsen.

Die Konsistenz war flaumig-weich, teilweise kompressibel, in den unteren Partien größere und kleinere Knollen und Stränge aufweisend. Einzelne flache Furchen teilten die Geschwulst in mehrere Wülste, von denen eine, unter dem Kinn gelegen, den Anblick eines Doppelkinnes erweckte. Am Stamme wie an den Oberschenkeln waren zahlreiche linsen- bis guldenstückgroße ähnliche Stellen. Partielle Exstirpation. Das Gewebe bestand aus dünneren und dickeren, runden, weissen, harten Strängen, welche sich mit der Pinzette in ziemlich dünne Äste zerlegen liessen. Auch die Ausläufer derselben erwiesen sich bei mikroskopischer Untersuchung als fibrös entartete Nervenfaserbündel. Im ganzen sind bis jetzt 56 Beobachtungen bekannt.

Zuppinger (Wien.)

Fritz Sippel. *Ein Fall von angeborenem Diaphragma des Kehlkopfes.* Aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart. (Medizin. Korrespondenzblatt d. württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 9, Seite 133.)

Sippel bereichert die äußerst seltene Kasuistik dieser Anomalie — in der Literatur sind ungefähr 20 Fälle niedergelegt — durch einen neuen Fall, den er in der Olga-Heilanstalt behandelt hat und der nach vorausgeschickter Tracheotomie und endolaryngealer Durchtrennung der Membran durch allmähliche Dilatation mittels O'Dwyer'scher Tuben trotz zarten Alters des Kindes zur völligen Heilung gebracht wurde.

Die angeborene Verschlussbildung zeigte bei dem zwei Jahre alten Patienten insofern eine Abweichung gegenüber anderen Fällen, als die verschließende Platte nicht im Bereiche der Stimmbänder die Glottis verlegte, sondern im subglottischen Raum ihren Ausgang nahm. Daraus erklärt sich auch das Fehlen der sonst bei dieser Anomalie beobachteten Heiserkeit, resp. Aphonie, während die Atembehinderung hier hochgradig und direkt lebensbedrohend war.

Der Knabe wurde nach durchgeführter Behandlung (Tracheotomia inferior, darauf nach definitiver Entfernung der Kanüle Intubation von 192stündiger Dauer und alsdann noch einmal nach 22stündigem Liegenlassen der Tube) völlig geheilt mit durchaus freier Atmung und normaler Stimme, ohne irgendwelche Beschwerden, entlassen.

Unger (Wien).

Mme. M. Derscheid-Delcourt (Bruxelles). *Un cas de doigt varus congénital et héréditaire.* (Journ. méd. de Bruxelles 1903, Nr. 3.)

7 jähriges Kind mit ausgeprägter Krümmung der beiden kleinen Finger, welche radialwärts konkav und angeboren ist. Diese Anomalie bestand auch bei dem Zwillingsgeschwister des Kindes sowie bei dessen Mutter, welche beide nicht mehr am Leben sind. Die radiographische Untersuchung ergibt, daß die Difformität auf einer ungleichmäßigen Verkürzung der II. Phalange beider Finger beruht.

Die Verf. versuchte die Heilung mit Hilfe einer kleinen Hülse, welche aus zwei in einem Scharnier artikulierenden Teilen bestand, von denen der eine fix, der andere mit Hilfe einer Feder, deren Wirksamkeit die Normalstellung aufrecht erhielt, auf ersterem beweglich angebracht war. Das Ganze wurde an der Extremität mit einer Vorrichtung befestigt, welche entlang dem Kubitalrande der Hand verlief und das Handgelenk mit einem Lederarmband umschloß. Der bisher erzielte Fortschritt läßt einen vollständigen Erfolg erwarten. Die Literatur ist in der Arbeit in großem Umfange verwertet.

Hendrix (Brüssel).

Lorthioir. *Les Kystes séreux congénitaux du cou des enfants.* (La clinique 1903, Nr. 5.)

Klinische Vorlesung über zwei Fälle, von denen der eine ein 8 Tage, der andere ein $4\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind betrifft. Kurze Besprechung der Krankheit und ihrer Behandlung. Die Cyste wurde beim zweiten Kinde exstirpiert, Erfolg unbekannt.

Hendrix (Brüssel).

John T. Hewetson. *Congenital Goitre.* (British Medic. Journ., March 21. 1903.)

Mrs. S., 32 Jahre alt, seit 6 Jahren verheiratet, hat während dieser Zeit 4 Aborte und 3 Frühgeburten durchgemacht. Keine Anzeichen oder Anamnese für Syphilis. Während der 7. Schwangerschaft Behandlung mit chlorsaurem Kalium und Jodkalium. Niederkunft am Ende des 7. Monats. Es bestand Hydramnios, sonst normaler Geburtsverlauf. Das lebend geborene Kind stirbt nach 5 Minuten. Placenta ohne Besonderheiten, namentlich ohne syphilitische Veränderungen. Weder auf väterlicher noch auf Seite der Mutter Kropferkrankungen, auch die früheren Embryonen frei von solchen. Mutter zur Zeit wieder im 7. Monat schwanger.

Das siebente Kind, ein Knabe, war gut entwickelt und ernährt, 42.5 cm lang und zeigte außer einem großen Kropf nichts Pathologisches. Der Kropf füllt den ganzen Raum zwischen Unterkiefer einerseits und Sternum und Clavicula andererseits aus und erstreckt sich seitlich bis zu den beiden Ohr läppchen. Bei der Sektion erweist er sich von der Größe eines Hühnereies, doppelt gelappt, die beiden Lappen getrennt ohne deutlichen Isthmus, nur durch einen stark entwickelten Prozessus pyramidalis verbunden. Der Kropf erwies sich makro- und mikroskopisch als eine Struma parenchymatosa, mit starker Gefäßentwicklung ohne colloide Entartung. Der Oesophagus war durch die beiden Lappen fast vollkommen komprimiert, die Trachea durchgängig.

Verf. glaubt, dem während der Schwangerschaft verabreichten chlorsauren Kalium eine ätiologische Bedeutung zusprechen zu sollen, da auch in zwei von anderen Autoren beschriebenen Fällen von kongenitalem Kropf das gleiche Mittel während der Schwangerschaft gegeben worden war.

Karl Fürth (London).

1. **I. Frank.** *Hereditary influence in nystagmus, remarkably illustrated. (Ein merkwürdiges Beispiel des Einflusses der Heredität bei Nystagmus.)* (New York Medical Record, 31. Jänner 1903.)

2. **W. J. Greanelle.** *Congenital hereditary nystagmus. (Der angeborene hereditäre Nystagmus.)* (Pediatrics, Februar 1903.)

1. Der Vater, eine Tochter und sechs Enkel hatten Nystagmus.

2. Der Vater, eine Tochter und zwei Enkel hatten Nystagmus. Von diesen vier haben zwei auch Kopfbewegungen gehabt.

Herrman (New-York).

Georg Müller. *Ueber die obere Altersgrenze für die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.* (Therapie der Gegenwart 1903, Heft 2.)

Verf. will mit seiner schon früher mitgeteilten Methode — Massage, Streckung, Gehapparat — weit über das 10. Lebensjahr hinaus vollständige Heilungen und bei noch viel älteren Individuen (49 Jahre) bedeutende Besserung und Erleichterung der Beschwerden erzielt haben.

Bartenstein (Breslau).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

E. Lust. *Consultations de nourrissons et cliniques infantiles.* (Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant 1903, Nr. 2.)

Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die „Konsultationen für Säuglinge“, welche sich von den Kinderkliniken dadurch unterscheiden, als letztere nur für kranke Kinder bestimmt sind, während erstere gesunde und kranke Säuglinge aufnehmen und wesentlich den Zweck verfolgen, Erkrankungen zu verhüten. Gleichzeitig dienen sie als Schulen für Mütter.

Ihre Wirksamkeit erstreckt sich darauf, daß sie 1. den Müttern alle notwendigen hygienischen Ratschläge gibt, welche sie in der Aufziehung ihrer Säuglinge anleiten. Vor allem wird die Ernährung an der Mutterbrust empfohlen, die gemischte Ernährung in jenen Fällen, wo die Sekretion der Milchdrüse unzureichend wird. Die künstliche Ernährung wird nur dort eingeleitet, wo absolute Notwendigkeit besteht. In letzterem Falle wird durch sorgfältiges Vorgehen der Erfolg gesichert; 2. die Vorurteile bekämpfen, welche gerade bei den armen und arbeitenden Klassen so häufig sind und unter verschiedenen Formen die Kinder im frühesten Lebensalter schädigen; 3. die kleinen Kinder überwachen und ihren Gesundheitszustand kontrollieren, u. zw. a) durch wöchentliche Wägung, b) durch Verifikation der Anwendung der vorgeschriebenen Ernährung, sowie der allgemeinen und besonderen Verhaltensmaßregeln für die Aufziehung der Säuglinge.

Es bestehen gegenwärtig in ganz Belgien nur fünf wohlein-gerichtete Konsultationen für Säuglinge, davon zwei in Brüssel, eine in Hodimont, eine in Lüttich und eine in Antwerpen.

Brunard. *Les consultations de nourrissons, le biberon gradué de Variot.* (La clinique 1903, Nr. 6.)

Der Verf., welcher die Existenz der „Konsultationen für Säuglinge“ wie sie oben geschildert wurden, nicht kennt, befürwortet die Schaffung solcher Einrichtungen und führt als Muster die von Variot in Paris geschaffene Anstalt an. Verf. beschreibt das graduierte Saugfläschchen von Variot, welches je nach dem Alter der Kinder die für jede Einzelmahlzeit notwendige Milchquantität, ferner die Anzahl der Mahlzeiten und die Intervalle zwischen denselben angibt. Verf. ist wie Variot Anhänger der Verabreichung von unverdünnter Milch.

Hendrix (Brüssel).

Siegfried Weiß. *Die Säuglingsheilstätten.* (Wiener medizinische Presse 1903, Nr. 6.)

Siehe diese Monatsschrift II. Band, S. 50. Neurath (Wien).

B. Jelski. *Nochmals die Provinzial-Säuglingshäuser.* (Die Krankenpflege. Jahrgang 1903, Heft 7, Seite 649.)

Jelski entkräftet in dem vorliegenden Artikel die Einwürfe Zimmerers gegen seine Vorschläge, indem er zunächst in finanzieller Beziehung darlegt, daß die Errichtung solcher Anstalten sich umso günstiger gestalten wird, je größer diese Anstalten sind, i. e. je mehr Säuglinge und Ammen aufgenommen werden. So bilanzieren z. B. in dem Etat für 100 Säuglinge und Ammen bei vierwöchentlichem Aufenthalt Einnahmen, Ausgaben und Ueberschuß mit 87.450 Mk., resp. 71.060 Mk., resp. 16.390 Mk. Jelski erörtert sodann die medizinische und soziale Seite der Frage und deckt in beiden Richtungen Widersprüche auf, die Zimmer unterlaufen sind. Eine *Conditio sine qua non* für das Provinzial-Säuglingshaus ist, daß die Ammenvermittlung den Gesindevermieterinnen entzogen wird; damit fallen auch alle Einwände, die Zimmer gegen die Versorgung des Institutes mit Ammen erhebt. Zum Schlusse spricht Jelski die Ueberzeugung aus, daß nur ein großes Säuglingshaus, welches die natürliche Ernährung fördert, die Fürsorge für die kranken Säuglinge und für die Säuglinge überhaupt auf eine genügend breite und sichere Grundlage stellt.

Unger (Wien).

Demay L. *Consultations de nourrissons du dispensaire du 5ème arrondissement.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 7.)

Schilderung des Betriebes einer vor fünf Monaten eröffneten Consultation de nourrissons; 151 Kinder insgesamt wurden während dieser Zeit teils wöchentlich an einem bestimmten Nachmittage, teils

monatlich regelmäßig gewogen und ärztlich genau beobachtet. Von den Kindern waren

Brustkinder	66·8 $\frac{0}{0}$
erhielten sterilisierte Milch	17·2 $\frac{0}{0}$
„ Allaitement mixte	2·5 $\frac{0}{0}$
„ gewöhnliche Milch	3·3 $\frac{0}{0}$

Die Resultate waren:

gut (ziemlich normale Gewichtskurven)	105 mal = 69·5 $\frac{0}{0}$
befriedigend (Gewicht etwas unter dem Mittel)	25 mal = 16·5 $\frac{0}{0}$
schlecht (Gewichtsabnahmen)	21 mal = 13·9 $\frac{0}{0}$

unter der dritten Gruppe waren fünf Todesfälle = 3·3 $\frac{0}{0}$. Während der Beobachtungszeit wurden die Kinder an den verschiedenartigsten Erkrankungen behandelt und gleichzeitig den Müttern, bezw. Pflegemüttern nötigenfalls sterilisierte Milch bis zu einem Liter täglich verabreicht. Die in einer Reihe von Fällen mit Kochsalzinfusion und Verabreichung von sterilisierter Milch erzielten günstigen Erfolge bei sehr heruntergekommenen Kindern werden durch kurze Angabe der Krankengeschichten näher erläutert. Brüning (Leipzig).

Berichte.

Sektion Florenz der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(1. Februar 1903.)

Vormittags-Sitzung.

Vorsitzender Professor Mya.

Mya hält dem verstorbenen Prof. Dante Cervesato eine warm empfundene Nachrede.

Mitteilungen.

G. Berti: Sopra un caso di saturnismo infantile. 2 $\frac{1}{2}$ -jähriges Kind, an Bleivergiftung, Ekzem der Haarhaut und der Stirn leidend, seit vier Wochen unter einer schlecht durchgeführten Kur mit Hebra'scher Salbe.

Bleiintoxikation, Abmagerung, gelblich-blasse Verfärbung der Haut und zugleich Parese der unteren Extremitäten. Nach sieben Tagen kann es nicht mehr aufrecht stehen und nach Parese der oberen Extremitäten auch nicht sitzen; dann rechte cervicale Arthralgie mit Halsverdrehung und spastischer Mydriasis auf derselben Seite; linke Ptosis, schließlich Aphonie und nächtliche Erstickungsanfälle. Parese der oberen Extremitäten von Romak'schem Typus; die der unteren verbreitet, mit einem Reste funktioneller Kraft der Beugungsmuskeln. Schlaffe, noch nicht gut ausgeprägte Muskelmassen. Langsame faradische Reaktion, die in einigen Muskelgruppen beinahe ausfällt.

Hautreflexe erhalten, Sehnenreflexe teils schwach, teils mangelnd. Gar keine Störung der Sphinkterfunktionen.

Gefühls- und Schmerzempfindlichkeit erhalten. Burton'sches Zeichen fehlt. Blei im Harn. Einstellung der Hebra'schen Kur. Mit Anwendung von Jod Abnehmen der cervicalen Arthralgie, nach 6 Tagen

Aufhören der Ptosis, Ausgleichung der Pupillen. Nach weiteren vier Tagen hält sich Kind aufrecht und wieder nach zehn Tagen geht es und ist munter und laut. Keine Rückfälle mehr.

Redner betont: 1. den außerordentlich schnellen Verlauf des Krankheitsbildes; 2. das Vorausgehen der für kindlichen Saturnismus charakteristischen Lähmung der unteren Gliedmaßen, der vielleicht das Moebius'sche Gesetz entsprechen könnte; 3. das seltene gleichzeitige Vorkommen von leichten Saturnismuserscheinungen; ja sogar das ungewöhnliche Erscheinen von Lähmung vor Arthralgie und den Mangel an Kolik, was schon Soltmann für kindlichen Saturnismus für charakteristisch hielt.

Schließlich ist zu bemerken die weite Ausdehnung der paretischen Form, was der deutschen Theorie (Stieglitz) des poliomyelitischen Ursprunges der Bleivergiftung gegenüber der französischen Theorie (Raymond) rechtzugeben scheint. Ohne in diese Frage weiter einzugehen, glaubt Berti in der Auffassung solcher Lähmungen als periphere verharren zu können, hauptsächlich nach den neuesten histologischen Entdeckungen über das periphere Nervensystem, dessen Formel nach Hogger, Dogiele und Majocchi von der bisher angenommenen neuronischen Formel mit ihren funktionellen Konsequenzen wohl verschieden ist.

Mya: Berti bringt durch seine Mitteilung zur Pathologie des kindlichen Saturnismus einen wichtigen Beitrag. Der Mangel an Symptomen saturninischer Kolik hängt in obigem Falle von der Art und Weise der Intoxikation ab, nämlich durch die Haut, während diese gewöhnlich auf dem Darmwege vonstatten geht.

G. Caccia: Un caso di meningite cerebrospinale da Batterio emofilo di Pfeiffer. Mit Vorstellung mikroskopischer Präparate. (Referat in dieser Monatsschrift, II. Bd., 1. Heft, S. 41.)

Giarrè nimmt mit Caccia das Eindringen des meningitogenen Keimes von der Nasenrachenhöhle an; dieselbe wäre seinen Forschungen zufolge der Ort, wo der hämophile Bazillus Pfeiffers saprophytisches Leben führe; sein Vorkommen auf der Bronchialschleimhaut und der normalen Augenschleimhaut wäre dagegen ausgeschlossen. Der 20tägige Zwischenraum vom meningitischen Prozeß zur Otitis kann dagegen durch die bedeutende Virulenz des hämophilen Bazillus bei Menschen und höheren Tieren erklärt werden.

Mya: Diese meningitischen Formen mit allen Anzeichen eitriger Beschaffenheit zeigten sich auf kurze Zeit mit sozusagen epidemischem Charakter hauptsächlich im ersten Kindesalter. Früher faßte man, besonders in Deutschland, die epidemische cerebrospinale Meningitis eher unter einen einzigen ätiologischen Begriff zusammen, man leitete sie nämlich einzig und allein vom Weichselbaum'schen Meningokokkus ab. Aber auch der Fränkelsche Diplokokkus hat epidemische Meningitisformen erzeugen können. Ref. führt daher jene Formen auf verschiedene Bakterienarten, und zwar in Hinsicht der Frequenz zuerst auf den Weichselbaum'schen Meningokokkus, dann auf Fränkels Diplokokkus und zuletzt auf den hämophilen Bazillus Pfeiffers zurück.

G. Caccia: Sull'importanza del contenuto batterico della laringe nella formazione delle ulcere da intubazione.

Ref. betont das häufige Vorkommen von Kehlkopfgeschwüren bei intubierten Kindern und behauptet, daß zahlreiche in der Florentiner Kinderklinik Professor Mya seit der Einführung der Intubation daselbst beobachtete Fälle ihn zur Überzeugung gebracht haben, daß die Bildung von Kehlkopfgeschwüren in jenen Fällen leichter sei, in denen Laryngostenose-Erscheinungen von vom Diphtherie-Bazillus verschiedenen Mikroorganismen bestimmt werden, und dort, wo neben dem diphtheritischen Bazillus von Anfang an andere Agentien (Diplokokkus, Staphylokokkus, Pfeiffer'scher Bazillus u. s. w.) einhergehen. Wenn auch ein für die

Pathogenese der durch Intubation erzeugten Kehlkopfgeschwüre — der Dekubitus — nicht außeracht zu lassen ist, glaubt Ref. doch, der bakteriischen Kehlkopfflora und besonders den phlogistischen Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut durch verschiedene pathogene Agentien eine große Rolle zuschreiben zu müssen.

Ref. legt einige Kehlköpfe mit verschiedenartigen Geschwüren vor und schließt mit folgenden praktischen Bemerkungen: 1. Asepsis des Intubationsmaterials ist immer streng einzuhalten; 2. in nichtdiphtheritischen oder associierten Formen darf auf Intubation nicht zu viel Gewicht gelegt werden; 3. desto mehr aber in rein diphtheritischen Formen mit sorgfältigem Wechsel in Form und Dicke der Tuben.

Concetti stimmt Caccia bei; auch in seiner Klinik seien Geschwüre in nichtdiphtheritischen, mit der infektiösen in enger Beziehung stehenden Formen bedeutender und die Tuben seien in diesen Fällen nur als die äußere Ursache zu betrachten.

Mya, Caccia's Meinung über den Charakter des pathogenen Erzeugers der Larynxstenose beipflichtend, glaubt jedoch auch den Sitz des Prozesses berücksichtigen zu müssen. In diphtheritischen Formen ist die Verletzung ausgedehnter, in den anderen Formen (masernartige Influenza und Diplokokkus) ist sie dagegen vorwiegend hypoglottisch.

C. Comba: *Cistite colibacillare curata col siero anticolidissenterico del Celli.*

20monatliches Mädchen, Privatpraxis, erkrankte am 6. Jänner d. J. mit Fieber über 39°, leichtem katarrhalischem Husten und akuter erythematöser Pharyngitis.

Nach zwei Tagen bedeutende Besserung der lokalen Erscheinungen; Fortdauern des Fiebers, Abends heftiger. Untersuchung der einzelnen Organe erfolglos. Harnanalyse ergibt akute Cystitis (sehr saure Reaktion, wenig Eiweiß, Blasenzellen, wenig Erythrocyten, Leukocyten); aus Kulturen reiner Kolibazillus.

Milchkur, alkalische Wässer, laue Bäder, Dekokt von *Uva ursina*, Salol, Urotropin brachten keine Besserung, ja ernste Verschlechterung. Schlaflosigkeit, Aufregung, fortwährendes Fieber von 39 bis 40°. Zurückweisung der Nahrung. Konsultation mit Prof. Mya. Unter seiner Gutheißung schlug Ref. Injektionen mit Celli'schem antikolidysenterischem Serum vor, das sich auch in einer speziellen Kolon-Infektion durch eine Abart des *Bact. coli* erfolgreich erwiesen hatte. Wenn in unserem Falle das *Bact. coli* dasselbe gewesen wäre, wie das der dysenterischen Colitis, hätten wir mit Recht auch von diesem Serum Erfolg erwarten müssen, besonders was die allgemeine Intoxikation betrifft.

Es wurden zwei Injektionen von 10 cm³ angestellt, am 19. und am 20. Jänner, und schon nach wenigen Stunden Erfolg: Herabgehen der Temperatur auf 37,5° C., Besserung des Allgemeinbefindens, Minderung der Reizbarkeit. Im Harn zahlreiche, gewissermaßen agglutinierte Bazillenhäufungen, was in den vorhergehenden Untersuchungen nie konstatiert worden, welche immer im ganzen Präparate bewegliche Bazillen zeigten.

Nach dem 22. Vorliebe zur Milchnahrung, ruhiger Nachtschlaf. Blasenwaschungen alle zwei Tage mit 1%iger Protargollösung.

Harn wird langsam heller, nur abendlich Fieber bis 39° C. Kur dauert noch jetzt mit besagten Waschungen fort.

Um zu sehen, ob die aus diesem Falle gewonnenen Kolibazillus-Kulturen vom Celli'schen Serum beeinflusst werden, vermischte Ref. die beiden im Verhältnis 40:1. Er erhielt eine typische Agglutination, die dem Kongresse vorliegt. Bouillonkulturen mit anderen Kolibazillen und besonders eine aus einer Cystitis gewonnene, wurden durch Celli-Serum nicht agglutiniert.

Klinische Erfahrung und Versuch bezeugen somit einstimmig, daß im beschriebenen Falle eine Blaseninfizierung durch kolidysenterischen Kolibazillus stattgefunden hatte; und so erklärt sich die Wirksamkeit des

Celli'schen antikolidysenterischen Serums in diesem Falle, besonders auf die schweren Intoxikationserscheinungen.

Giarrè: In einem Falle kolibazillärer Cystitis bei einem Kinde erzielte er guten Erfolg mit gewöhnlichen Kuren (Darreichung von Salol und Natronbenzoat) und Blasenwaschungen mit Kalipermanganat und Pro-targollösungen. Hebt die Bedeutung der Beobachtung Comba's hervor, die uns zur Anwendung von Celli'schem Serum im Falle des Mißerfolges mit gewöhnlichen Kuren ermutigt.

Concetti. Bei schwerer allgemeiner Intoxikation in kolibazillärer Cystitis wird die Kur mit Celli-Serum immer angezeigt sein als ein die Allgemeinintoxikation bekämpfendes Mittel. Jedoch muß diese Cystitis vom dysenterischen Kolibazillus erzeugt sein, weil bekanntlich mehrere Kolibazillus-Arten vorkommen, z. B. Enteritiserzeuger, auf die Celli-Serum unwirksam bleibt.

Comba stimmt mit Concetti darin überein, daß das antikolidysenterische Serum kein für alle kolibazillären Infektionen spezifisches Mittel ist. In obigem Falle hat es genützt, weil derselbe ohne Zweifel von der dysenterischen Abart des Kolibazillus herrührt.

Mya: Kolicystitisfälle sind in der ärztlichen Praxis sehr häufig; er empfiehlt daher regelmäßige Untersuchung des Harns, besonders im ersten Kindesalter. Gewisse Formen sah er spontan heilen, andere durch Uro-tropin, wieder andere durch Blasenwaschungen; aber die Comba'sche Form fiel ihm durch ihren besonders schweren Charakter auf.

In solchen, besonders in Hinsicht der allgemeinen Symptome sehr schweren Formen hält er auf Grund des Berichtes Comba's Anwendung von Celli'schem antikolidysenterischem Serum für angezeigt und hoffnungsvoll.

C. Comba: *Poliomielite anteriore secondaria a faringite acuta.*

Zehnmonatlicher Knabe aus Privatpraxis. Erkrankt im September 1902 mit hohem Fieber, akuter erythematöser Pharyngitis, retro-maxillärer Adenitis.

Fieber acht Tage hindurch hoch; am dritten Tage diffuses Erythem auf Vorderarmen und Vorderseite der Brust. Mit lokaler Kur (Bewässerungen mit 1%iger Salizylsäurelösung) heilt Pharyngitis in wenigen Tagen, Adenitis dauert fort. Bei Aufhören des Fiebers kann das Kind den Kopf nicht aufrecht halten, den rechten Arm nicht gut bewegen und schlaffe Lähmung beider unteren Glieder. Nach einer Woche Bewegungen des rechten Armes wieder normal. Elektrische Untersuchung ergibt eine ausgeprägte degenerative Reaktion der Kruralnerven und der Ischiadikus-Poplitaeus-Nerven beiderseits sowie der von ihnen versorgten Muskeln. Nach dreimonatlicher Kur mit elektrischem Strom völlige Wiederherstellung der Funktionen des rechten Beines; Lähmung der äußeren Muskeln des linken Beines dauert fort.

Im Verlaufe einer akuten Pharyngitis entwickelte sich eine Polio-myelitis anterior. Pharynxkulturen aus der akuten Periode konnte Ref. nicht machen, aber die Symptome überhaupt, wie Fieber, Rötung der Rachenschleimhäute, retromaxilläre Adenitis, Rötungen an Bein und Brust, lassen ihn im pyogenen Streptokokkus den Erzeuger der Pharyngitis erblicken. Ein solcher Streptokokkus hat, vielleicht durch seine Sekrete, an den vorderen Hörnern des Rückenmarkes Läsionen hervorgebracht.

M. Filia: *Le nefriti postimpetiginose nei bambini.* (Von Concetti mitgeteilt.)

Ref. erwähnt zuerst klinische Berichte Ferreiras, Guaitas Hirschsprungs, Canalis und Concettis und dann bakteriologische Studien Concettis, Spolverinis, Triboulets u. a. über das Verhältnis von Impetigo zu Nephritis. Gemeinsames Vorkommen desselben Bazillus im Harn wie in der Impetigosekretion ist nicht ausgeschlossen. Bald ist es der Staphylococcus aureus, bald ein Streptokokkus. Nachdem

schon in der römischen Klinik solche Fälle vorgekommen waren, nahm auch Ref. ähnliche Forschungen vor und kam in fünf Fällen zu demselben Resultat (bald *Staphylococcus aureus*, bald *albus*.) Es gelang ihm aber auch, aus dem Blute einer Handrückenvene denselben Bazillus zu gewinnen, der auch in reiner Harnkultur und in Hautverletzungen vorkommt. Denselben Befund erhielt er sogar aus den in einem solchen Falle auf dem Unterleibe und den Beinen zahlreich aufgesprossenen Hautpusteln. Offenbar waren solche Keime durch den Blutumlauf in die Nieren geraten und hatten dort eine akute Nephritis erzeugt.

Einmal wurde akute hämorrhagische Nephritis mit tödlichem Ausgang konstatiert. Aus Harn gewonnene Keime sind auf Tiere wirksamer als solche aus *Impetigo* gewonnene. Harn hat also die Eigenschaft, die Wirksamkeit solcher Keime zu erhöhen.

D. Crisafi: La funzione epatica nei bambini provvata collevulosio.

Verf. hebt die Bedeutung hervor, die die Lävulose für die Erforschung der Leberfunktionen haben kann, denn sie ist eine Substanz, die einzig und allein aus dem Leberparenchym ausgeschieden wird, was schon von Sachs und anderen nachgewiesen wurde. Durch eine erste Reihe von Versuchen an gesunden Kindern hat Verf. festzustellen gesucht, wieviel Lävulose die Kindesleber im Verhältnis zum Gewichte des Kindes auszunützen imstande sei, und ist zum Schlusse gekommen, daß scheinbar zwischen der ausnutzbaren Lävulosemenge und dem Körpergewichte keine Beziehung bestehe.

Die zweite Reihe seiner Versuche betrifft verschiedene Kinderkrankheiten und führt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Dosis zum Darreichen ist von 25 bis 40 für ein- bis fünfjährige Kinder, von 40 bis 60 für fünf- bis zwölfjährige.
2. Bei akuten Infektions-Krankheiten funktioniert die Leber all-gemein gut.
3. Nephritiden und langsame tuberkulöse Vorgänge scheinen am meisten die Leberfunktion zu stören.
4. Bei Kindern entspricht eine große Leber nicht einer in ihrer Funktion veränderten Leber.
5. Das Phenylhydrazin ist ein empfindliches Reaktiv für die Untersuchung der Lävulose im Harn.

Nachmittags-Sitzung.

Vorsitzender Professor Concetti.

L. Concetti: Sulla etiologia delle cardiopatie infantili del cuore sinistro.

Es herrscht heute allgemein die Anschauung, als seien gerade bei Kindern Herzkrankheiten sehr oft von Rheumatismen bedingt. Ref. hält nun gerade das Gegenteil für richtig und meint, das kindliche Endokard sei nicht so günstig zur Pflanzung der Krankheitskeime, als das so vielen Blutvergiftungen und anderen Degenerationsprozessen ausgesetzte Endokard Erwachsener.

Anregung zu den diesbezüglichen Forschungen fand Ref. in der von ihm gemachten Beobachtung, daß in acht Fällen von akutem Rheumatismus seiner Klinik nur einer von einem sehr leichten Anfall von Endokarditis begleitet war. Er forschte weiter und fand, daß auch in der Privatpraxis das Herz bei Rheumatismen selten im Spiel war. Anderseits waren von 26 linken Kardiopathien seiner Klinik und auch in der Privatpraxis nur 27.65% in ätiologischem Zusammenhang mit Rheumatismus (bald akut, bald, und zwar häufiger, subakut). In 19.15% waren andere akute Infektionen, wie Masern, Lungenentzündung u. s. w., dafür entscheidend gewesen. Bei 53.19% konstatierte man dagegen nur leichtere Erscheinungen, die man kaum als dem Rheumatismus für gleichwertig halten konnte.

Auch andere Infektionen (Lungenentzündung, Scharlach, Masern u. s. w.) ergeben bei Erwachsenen häufiger Endokarditis als bei Kindern, obwohl bei diesen Infektionen öfter vorkommen.

Die meisten kindlichen Herzkrankheiten, u. zw. solche, die im Alter von 3 bis 7 Jahren ohne jede akute Infektionserscheinung auftreten, sind dem Ref. zufolge einem Stillstand oder einer Ablenkung der Entwicklung der Faserngewebe der Herzklappen, u. zw. hauptsächlich einem embryonalen Entwicklungsdefekt, zuzuschreiben, der sie in ihrem frühen Wachstum aufhält. Manchmal bildet sich dieser Defekt schon im Fötus aus (angeborene Formen). Diese Anschauung wird gestützt durch die Fälle von Huchard'schem mitralischem Infantilismus und die familiären Fälle Rummos und Gerraninis. Die Schmerzhaftigkeit, die Meynet'schen Knötchen u. s. w. sind ähnliche in verwandten Geweben auftretende Erscheinungen. Ebenso die allgemeine Anämie. Es handelt sich demnach um eine Herzdystrophie und es spielt sich ein ähnlicher Prozeß ab wie bei Muskeldystrophie und einigen Entartungsformen des Nervensystems.

Der Begriff „kongenitale Kardiopathie“ muß diesem Standpunkte gemäß eine Ausdehnung über die rechte Herzhälfte hinaus bekommen. Der Rheumatismus, der sonst bei Erwachsenen weit mehr als andere akute Infektionen in der Aetiologie der erworbenen Herzkrankheiten eine Rolle spielt, tritt bei Kindern in den Hintergrund. Außerdem ist rheumatische Endokarditis bei Kindern viel leichter und heilbarer als bei Erwachsenen, falls sich nicht akute Myokarditis zugesellen sollte. Es ist ja nicht selten, daß organische Herzgeräusche allmählich verschwinden, was bei Erwachsenen nicht häufig vorkommt.

Mya: Es ist R. nicht recht klar, wie embryonale agenetische Erscheinungen mit nachfolgender Endokarditis im extrauterinen Leben mehr den linken als den rechten Herzteil in Anspruch nehmen sollten. Er hält gegenüber der Theorie Prof. Concettis eine gewisse Zurückhaltung für angezeigt. Es gäbe doch selten Herzkrankheiten, wo nicht Infektion eine gewisse Rolle spiele und man zur Idee eines embryonalen Herzfehlers Zuflucht nehmen müsse. Immer sah Ref. Scharlach, Masern, Angina oder auch Diphtherie-Erscheinungen (obwohl selten) vorausgehen, und in gewissen Fällen handelte es sich sogar um eine idiopathisch-infektiöse Endokarditis.

Concetti nimmt mit Mya in vielen Fällen bei Kardiopathien Infektion an; er selbst habe bei 42% der Fälle solchen Ursprung konstatiert. Aber in gewissen Kardiopathien müsse die infektiöse Ursache absolut ausgeschlossen werden.

D. Crisafi: Due casi di morbo di Raynaud, die cui uno abortivo. (Il Morgagni 1903, Nr. 3.)

Ref. berichtet über den ersten Fall von Raynaud'schem Morbus, der sich bei einem Knaben von 22 Monaten zugetragen habe. Kurz nach der Geburt geht eine schwere Enteritis voraus. Für die meisten Fälle symmetrischer Gangränе gibt er zentralen Ursprung zu und hebt die Beziehungen hervor, die zwischen enterogenen Intoxikationen und anatomischen Verletzungen des Zentralnervensystems bestehen.

In einem zweiten Falle (sechsjährigem Knaben) waren Oedem, Cyanose, Bläschen u. s. w. erschienen, ohne daß es zur Nekrose gekommen wäre. Ref. schließt das angioneurotische Oedem Quinckes in diesem Falle aus und betrachtet ihn als eine abortive Raynaud'sche Krankheit, da ja dieselbe bekanntlich auf jene Erscheinungen beschränkt bleibt und die Gangrän erst im Rezidiv ausbricht.

C. Francioni: Un caso singolare di sclerosi cerebrale. Studio anatomico-clinico. (Rivista di Clin. Pediatrica 1903, Nr. 4.)

Ref. schildert die Krankheitsgeschichte eines zehnjährigen Knaben. Plötzlich erschienen meningitische und meningo-encephalitische Symptome

unbekannter Art. Dann eine chronische Periode mit völligem Verlust des Visus, spastischen Gliederzuckungen, epileptischen Krämpfen, Gesichtshalluzinationen u. s. w. Tod ca. zwei Jahre nach Beginn der Krankheit. Autopsie und histologische Untersuchung ergaben Gehirnsklerose mit Beschränkung auf die zwei Hinterlappen. Ausgangspunkt der Verletzung wahrscheinlich in den den einzelnen Furchen entsprechenden Hirnrindenteilen. Im cervikalen Mark Veränderung der weißen Substanz, die Ref. für eine primäre Entartung der meisten vorderen und seitlichen Fasern hält, vorwiegend in den pyramidalen und triangulären Helweg'schen Bündeln.

Ref. glaubt, daß beide Arten von Veränderungen des Zentralnervensystems von derselben Ursache herrühren; betreffs des Krankheitserregers lassen ihn tuberkulöse Erscheinungen vor der akuten Periode, der ganze klinische Charakter letzterer und das anatomische Bild der Verletzung zur Hypothese einer tuberkulösen Meningo-Encephalitis als Ausgangspunkt des ganzen Prozesses hinneigen, die dann wegen des Zurücktretens der phlogistischen vor den toxischen Erscheinungen klinisch heilte, während die anatomische Verletzung, allerdings nur in der empfindlicheren Hirnsubstanz, zurückblieb. Wahrscheinlicher wird diese Hypothese dem Redner auch durch die täglich eine größere Rolle spielende sklerogene Tätigkeit der Tuberkeltoxine.

Mya: Der Fall scheint ihm interessant, weil der ganze Krankheitsverlauf Gehirntuberkulose vermuten ließ, während Autopsie keine solche Form im Zentralnervensystem ergab und dagegen histologische Verletzungen darin nachwies. Nimmt als Krankheitserreger eher eine Invasion von Tuberkeltoxinen (toter Bazillen?) an, welche die besondere Form von Gehirnsklerose hervorgebracht hätte.

Concetti: Es ist dem Ref. zufolge eine allgemein dargetane Tatsache, daß Tuberkeltoxine sklerogene Eigenschaften besitzen; so existiert eine sklerogene Endokarditis aus Tuberkeltoxinen.

E. Gagnoni: *Influenza del riscaldamento alla Soxhlet e del calore di sterilizzazione assoluta sopra i corpi fosforati del latte di vacca.* (Rivista di Clin. Ped. 1903, Nr. 3.)

Ref. versucht, durch Untersuchungen positiv festzustellen, ob der nach der Sterilisierung und Konservierung der Milch ausfallende Phosphor ausschließlich von unorganisch verbundenem Phosphor herrühre oder auch teilweise von organischem Phosphor, der infolge von physikalisch-chemischen, durch hohe Erhitzung hervorgerufenen Veränderungen niederschlagen wird. Er schließt, daß die Soxhlet'sche Erwärmung auf die Phosphorverbindungen der Kuhmilch (nach den heutigen Versuchsmitteln) keine nachweisbaren Veränderungen hervorbringt.

Die absolute Sterilisierung (zu industriellen Zwecken) beeinflusst in ungünstigem Sinne sowohl den organisch als den unorganisch gebundenen Phosphor.

Es ist begreiflich, wie dies für die Ausnützung besonders der organischen Phosphorverbindungen, die in der Kuhmilch nicht hinreichend vertreten sind, seitens des Säuglings eine große Bedeutung haben könne.

C. Giarrè: *Ricerche batteriologiche in alcuni casi di influenza.*

Ref. stellte bakteriologische Untersuchungen an über das Bronchialsekret bei 14 Influenzafällen, wovon 11 von 14 Monaten bis 10 Jahren und 3 an Erwachsenen. Zugleich erforschte Ref. bakteriologisch das Konjunktivalsekret bei 3 an Influenza (Epidemien) und gleichzeitiger akuter katarrhaler Konjunktivitis Erkrankten. In 11 (von 13) Fällen gewann Ref. aus dem Bronchialsekret und aus dem in allen 3 Fällen gewonnenen Konjunktivalsekret einen dem Pfeiffer'schen ähnlichen, nicht differenzierbaren hämophilen Kokkobazillus. Auffällig genug erhielt er denselben aus Bouillonkultur viermal aus den Bronchien, u. zw. dreimal durch direkte Aspirierung des broncho-pneumonischen Herdes und einmal aus dem in sterilisierter

Petri'scher Schale gesammelten Exkret. Derselbe fand sich auch in einem Bronchialsekret, das bei früheren Untersuchungen keinen ergeben hatte. Kein Vorfinden in Exkreten in 5 Fällen nach verschwundener Influenza. Virulenz derselben wiesen Verf. und Picchi nach durch intraperitoneale Einimpfung bei 7 Meerschweinchen, von denen 3 überlebten, 5 an Intoxikation starben, ohne daß kokkobazilläre Blutvergiftung konstatiert worden wäre, wie es bei anderen Versuchen der Verff. mit einem aus Augen- oder Bronchialsekret masernkranker Kinder gewonnenen hämophilen Kokkobazillus der Fall gewesen. Dabei betont Ref. bei der großen morphologischen und biologischen Verwandtschaft der verschiedenen aus Influenza und Masern gewonnenen Kokkobazillen die Unmöglichkeit, diese experimentell als zwei verschiedene Spezies nachzuweisen, da es sich auch um denselben mehr oder weniger virulenten Mikroorganismus handeln könnte; er hebt aber zugleich die große Bedeutung dieser in der Influenza- und Masernpathologie noch wenig bekannten Gruppe hämophiler Bazillen hervor, und selbst der Nachweis, daß dieselben nur Erreger sekundärer Infektionen seien, könnte diese Bedeutung nicht verringern.

Pacchioni stellte dieses Jahr ebenfalls bakteriologische Untersuchungen an einigen Influenzafällen an und gewann in 8 den hämophilen Bazillus, hat jedoch einen pathogenetischen Einfluß desselben auf Tiere nicht nachgewiesen. Giarrès Weg ist gut, Versuche sollten jedoch auf die Nukleoproteide ausgedehnt werden, Versuche, die er schon voriges Jahr angestellt habe, wobei es ihm gelungen sei, einen schweren Krankheitszustand bei Kaninchen hervorzurufen.

Legt eine besondere Kehlkopfsonde zur Sammlung des Exkrets vor, deren er sich bei diesen Versuchen bediente.

S. Magni: Ricerche istologiche sul timo di un feto di 6 mesi e di un feto a termine.

Ref. erinnert an die Bedeutung der Thymusdrüse und die neuesten diesbezüglichen Studien und setzt eingehend die ganze Struktur der Thymusdrüse eines 6monatlichen und eines reifen Fötus auseinander.

Er schließt, daß die Thymusdrüse eine Drüse epithelialer Beschaffenheit sei, in der sich zwei hauptsächliche Funktionen vollziehen, u. zw. eine blutbildende (hämatopoetische) und eine sezernierende. Die bildende Tätigkeit läge vorzugsweise im Rindenteile der Lappen und Läppchen; die sezernierende würde sich größtenteils in der Medullarzone vollziehen.

Die sezernierende Tätigkeit der Zellelemente stünde sogar mit ihrem Zerfall in inniger Verbindung, und dadurch würde die allmähliche Atrophie des Organes bedingt werden.

G. Mya: Sulla patogenesi della cirrosi epatica infantile.

Indem Votr. die Präparate von zwei schon bereits mitgeteilten Fällen von Cirrhosis hepatica darstellt (siehe Monatsschrift 1903 Nr. 1, S. 38), gibt er einen kurzen Bericht über pathogenetische Momente des ersten Falles:

- a) Toxinfektiöses Moment (Meningealinfektion);
- b) mechanisches Moment (Atmungsbeschwerden und darauf folgende Venenstauung);
- c) neurogenes Moment (Reizung durch die Meningealinfektion über vasomotorische Zentren der hepatischen und allgemeinen Zirkulation).

Dieses dritte Moment wird zum erstenmale in der Pathogenese der Cirrhosis hepatica angeführt.

Beim zweiten Falle konnte man nur an das erste Moment denken, vielleicht auch hier durch Mithilfe des dritten Momentes.

G. Mya: Un caso di sarcoma epatico.

Ref. legt einen Fall aus seiner Klinik vor, der ihm am wahrscheinlichsten als ein hepatisches Sarkom gilt. Es ist ein 4jähriges Kind, das kurz nach Enterokolitis von Fieber, hepatischen Schmerzen und weicher

Anschwellung an der Mitte des linken Lappens befallen wurde. Ref. dachte zuerst an hepatischen Abszeß, wofür Vorgeschichte, objektiver Leberbefund, Fieber, Albumosurie und leukocytaire Blutformel (Polynukleosis) sprachen. Er mußte aber diese Diagnose aufgeben, nachdem vielfache Versuchspunktionen nur Blut und Fetzen eines weichen weißlichen, aus ziemlich voluminösen, großkernigen, runden, oft mitösen Zellen bestehenden Gewebes ergaben. Der weitere Verlauf rechtfertigte diese Diagnose, da die Leber rasch anwuchs, sich verunstaltete und Druckerscheinungen auf die V. cava verursachte. Ref. dachte der Fall auch klinisch interessant, da Verwechslung mit Leberabszeß möglich war. Zur genaueren Bestimmung des Ausgangspunktes erwartet Ref. jedenfalls den anatomischen Befund; die Diagnose auf großrundzelliges (primäres oder sekundäres?) Lebersarkom ist jedoch festgestellt.

Concetti hat vor vier Jahren in seiner Klinik ebenfalls ein Lebersarkom beobachtet, aus dem er nach langen erfolglosen Punktionen schließlich kleine aus unendlich vielen Zellen (größtenteils karyokinetischer Gestalt) bestehende Fragmente ausziehen konnte. Jedoch kein Autopsiebefund, da Kind von Eltern zurückgezogen wurde.

D. Pacchioni: Frequenza e valore del sintome di Koplik.

In den ersten Monaten 1902 wurden in der Masernbaracke der Kinderklinik in Florenz circa 200 Fälle vereinigt. Davon waren jedoch 50 Komplikationen infolge von Masern (Bronchitis, Bronchopneumonie) und Ausbruch war bei Aufnahme schon seit einigen Tagen vorbei.

Bei den 150 im Prodromalstadium oder am Anfang der eruptiven Periode stehenden Fällen konnte dagegen das Koplik'sche Symptom in 99 Fällen, d. h. 66%, sichergestellt werden. Nach Abzug der bei erfolgter Eruption aufgenommenen Kranken würde der Prozentsatz auf 80% gestiegen sein.

Diese Häufigkeit des Koplik'schen Symptoms wird auch von anderen Beobachtern bestätigt.

Besagtes Symptom besteht in kleinen bläulich-weißen, perlmutterartigen, unregelmäßig runden Flecken von mehr als 1 mm Durchmesser mit einem unregelmäßig runden, mehr oder weniger geröteten Hof, oft beinahe hämorrhagischer Natur. Ihr Sitz ist vornehmlich in den Wangenschleimhäuten, manchmal aber auch an Zahnfleisch und Gaumen. Meistens beiderseitig zahlreich (8 bis 20); zuweilen bildet eine geringe Anzahl ein kleines Segment auf einer Wange. Nie zusammenfließend. Nur bei diffusum Sonnenlicht sichtbar, beinahe nie bei künstlichem Lichte. Künstlich entfernt, bleibt eine gerötete, aber nie blutende Fläche zurück. Höchstens auf 2 bis 4 Tage sichtbar, verschwindend am 1. oder 2. Tage nach Exantheausbruch. Am Anfang (erste 2 Tage) etwas hervorragend, zuletzt sich abplattend, schließlich zerklüftet, Schleimhaut äußerlich leicht verändert. Rötlicher Hof dauert einen Tag nach Verschwinden der Flecken. Geübtes Auge erforderlich, um sie aus der diffusen Rötung der gesamten Mundschleimhaut herauszuerkennen.

Leicht mit den perlmutterartigen Flecken zu verwechseln, die auf Wangen gesunder Individuen auf der Höhe des Zahnbogens, besonders der großen Schneidezähne oft zu beobachten sind. Solche Flecken sind jedoch sehr unregelmäßig geformt und viel größer als die Koplik'schen, narbenähnlich und ohne besagten rötlichen Hof.

Im Anfangsstadium der Blattern treten oft auf der Mundschleimhaut den Koplik'schen Flecken äußerlich ähnliche Erscheinungen auf, jedoch viel größer (2 bis 4 mm), weißer, nicht perlmutterartig, weniger zahlreich hervorragend und mit dem unterschiedenen Aussehen von Blatternpusteln.

Bei den zahlreichen jährlich in die Kinderklinik von Florenz aufgenommenen Kranken (circa 500 bis 700) ist dieses Symptom nur bei Masern entdeckt worden, was uns berechtigt, es als ein ausschließliches Masernsymptom zu betrachten.

Das Koplik'sche Zeichen ist ein charakteristisches, sehr häufiges, aber nicht konstantes Masernsymptom; der Nutzen desselben ist daher begreiflich.

Besonders bei der Differentialdiagnose zwischen Masern und masernartigen Influenza-Erythemen entscheidend, in welch letzteren jedoch auch Stomatitis und Konjunktivitis auftreten kann.

Ref. hält das Symptom für Maserndiagnose genügend. Wenn Stomatitis und Konjunktivitis hinzutreten, so bildet das eine für Masern ganz charakteristische Symptomengruppe, da letztere zwei Erscheinungen allein für denselben nicht ausschlaggebend wären.

Concetti: Der von Pacchioni konstatierte Prozentsatz stimmt mit dem in der Kinderklinik in Rom gefundenen vollkommen überein.

D. Pacchioni: Un caso di epatite con grave itterizia in un lattante nutrito da madre nefritica. (Revista di Clin. Ped. 1903, Nr. 3.)

Verf. berichtet über die Krankheitsgeschichte eines Falles mit Nachuntersuchungen und mikroskopischen Resultaten. Gelbsucht, bedeutende entzündliche und entartende Leberveränderungen bestimmen hier die Haupterscheinungen. Die Gelbsucht war durch die Leberverletzungen nicht erklärt und mußte toxischen Ursprunges sein. Ebenso bewies das klinische und anatomisch-pathologische Bild den toxischen Ursprung der organischen Veränderungen. Während man sich einerseits die Intoxikation, deren Ursache weder in Darmstörungen noch in Bakterien nachweisbar war, begreiflich machen konnte, stellte sich anderseits Nephritis in der das Kind säugenden Mutter dar. Verf. glaubt daher darauf schließen zu können, daß die bei dem Kinde vorkommenden Veränderungen ausschließlich der Wirkung toxischer Stoffe der Muttermilch zuzuschreiben sind.

Mya: Betreffs der Hypothese Pacchionis über Erzeugung hämolytischer Erscheinungen und Leberveränderungen erwähnt er einen Fall seiner Klinik der für den Nachweis der zwischen Intoxikation der Mutter und Veränderungen des Kindes bestehenden Beziehungen von Bedeutung ist.

An einem wenig mehr als einmonatlichen Mädchen zeigten sich gleich in den ersten Tagen nach der Geburt Eklampsie-Anfälle, die sich bis heute in der Zahl von 20 bis 24 per Tag wiederholt haben. Ein Bruder desselben war ebenfalls an Krämpfen gestorben. Mutter ist seit mehreren Jahren nephritisch; zur Zeit enthält der Harn circa 0.5% Eiweiß und Hyalinzylinder und ist sehr reichlich. Es handelt sich also sicher um interstitielle chronische Nephritis. Ref. hat versucht, das Kind künstlicher Ernährung zu unterwerfen, und sofort nahmen Anfälle an Stärke und Zahl, ab (6 bis 8 in 24 Stunden). Bei Milchnahrung der Mutter etwas Abnahme der Albuminurie und Besserung des Allgemeinbefindens, infolgedessen Rückkehr des Kindes zu Brusternährung. Krampfanfälle in mäßiger Zahl, höchstens 9 bis 10 in 24 Stunden.

Es ist das ein klassischer Fall von Eklampsie infolge Intoxikation durch Milch nephritischer Mütter. Wichtig ist, daß die Mutter die toxischen Folgen dieser Nierenaffektionen gar nicht gespürt, wohl aber das Kind, das augenscheinlich für Toxine empfänglicher ist. Ref. hält solche mit mütterlichen Nierenkrankheiten verbundene Intoxikationen des Säuglings für eine für die Kinderpathologie sehr bedeutende und auf bisher dunkle Erscheinungen neues Licht werfende Tatsache.

Guidi glaubt, mit Bezugnahme auf einige Tetanusfälle in von nephritischen Müttern ernährten Säuglingen, die Theorie Myas und Pacchionis bestätigen zu können.

Dotti (Florenz).

Besprechungen.

Le Marinel (Bruxelles): *Contribution au traitement de la Scoliose.* (Bruxelles 1903, pag. 92. Gravures.)

Die Arbeit des Verf., der in erfolgreicher Weise ein Zander-Institut in Brüssel leitet, enthält eine Zusammenfassung und Erörterung der 216 Fälle von Skoliose, die seit Eröffnung der Anstalt seiner Behandlung anvertraut wurden.

Einleitend wird eine Beschreibung der Krankheit gegeben und deren Pathogenese entwickelt, wobei Verf. die moderne Theorie der einseitigen Ueberlastung des Thorax (statische Theorie) akzeptiert; weiter wird die Diagnose, die Bedeutung der Exploration und Menstruation, schließlich die mechanotherapeutische Behandlung besprochen. Schließlich werden die erzielten Erfolge besprochen, wobei drei Grade der Deformation aufgestellt werden:

1. Die Skoliose ersten Grades oder muskuläre Form. In diese Gruppe gehören die Fälle mit habitueller fehlerhafter Haltung welche der Kranke augenblicklich durch willkürliche Muskelkontraktion zum Verschwinden bringen kann, wenn man z. B. dem Kranken aufträgt, eine ordentliche Haltung einzunehmen.

2. Die Skoliose zweiten Grades oder mittlere Form. Hierher gehören die Fälle habitueller fehlerhafter Haltung, mit Deformation des Skelettes. Solche Kranke können durch willkürliche Muskelkontraktion die fehlerhafte Stellung, bezw. Haltung wohl augenblicklich bessern, aber nicht ganz zum Verschwinden bringen.

3. Die Skoliose dritten Grades oder schwere Form. In diese Gruppe gehören alle Fälle von Deformation des Brustkorbes, bei welchen der Kranke es nicht in seiner Macht hat, durch den Willen die fehlerhafte Haltung irgendwie zu beeinflussen.

1. Für die erste Gruppe verwirft Verf. das Korsett, welches wohl die Wirbelsäule redressiert und in vertikaler Richtung hält, aber nicht die nötige Kraft besitzt, nach passivem Redressement Widerstand zu leisten, und die Wirbelsäule nicht daran hindern kann, ihre fehlerhafte Haltung wieder einzunehmen. Ebenso macht Verf. dem Apparat den Vorwurf, daß er den Brustkorb zusammenpreßt. Diese Behauptungen sind jedoch nicht völlig begründet.

Die Behandlung besteht der Hauptsache nach in redressierender Gymnastik, eine Sitzung täglich, und hat dem Verf. unter 78 Fällen 40 Heilungen ergeben.

2. Beim zweiten Grade muß die Behandlung energischer durchgeführt und durch längere Zeit fortgesetzt werden. Man muß auf jene Apparate Gewicht legen, welche geeignet sind, die Drehung der Wirbelsäule zu korrigieren, und es sind jene Muskeln zu stärken, welchen die Aufgabe zufällt, die korrigierte Stellung aufrecht zu erhalten. Hinzu tritt noch Gymnastik, Massage, Elektrizität. Das Korsett ist bei diesen Fällen unentbehrlich, weil die Muskeln nicht genügend rasch die erforderliche Kraft wieder erlangen können,

um dem übermäßigen Druck auf die Wirbelsäule das Gegengewicht zu halten. Aber das Korsett wird hier nur zu bestimmten Stunden des Tages getragen, z. B. während des Unterrichtes, wenn die Haltung eine fehlerhafte ist.

Die Erfolge sind je nach dem Alter, dem Grade der Deformation und der Energie der Behandlung verschieden. Der Verf. hat 111 Fälle dieser Kategorie behandelt und legt die Ergebnisse in einer detaillierten Tabelle nieder.

3. Die Fälle der dritten Gruppe werden vom Verf. als in der Mehrheit besserungsfähig betrachtet. Er wendet hier stets das Korsett, intensive Gymnastik und Massage an. Er erwähnt hierbei das Redressement forcé, führt aber keine eigene Beobachtung dieser Art hier an. Im ganzen wurden 29 zu dieser Gruppe gehörige Fälle behandelt.

Seine Schlußfolgerungen faßt der Autor in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Skoliose ersten Grades ist vollständig heilbar. Die Erkrankung sollte stets in diesem Stadium behandelt werden. Das orthopädische Mieder ist hier schädlich.

2. Die Skoliose zweiten Grades ist oft heilbar, stets besserungsfähig, doch erfordert sie regelmäßige und genügend lange Zeit durchgeführte Behandlung. Das orthopädische Mieder ist hier selten nützlich, fast immer schädlich.

3. Die Skoliose dritten Grades ist unheilbar, jedoch fast immer besserungsfähig. Zur Erreichung dieses Zieles ist regelmäßige Behandlung von jahrelanger Dauer erforderlich. Je nach der Natur des Falles besteht die Behandlung in a) forciertem Redressement mit Erhaltung der Korrektionsstellung durch einen fixen Verband; b) orthopädischer Gymnastik, Massage und zeitweiligem Tragen des Mieders. Das orthopädische Mieder ist für alle hierhergehörigen Fälle angezeigt.

Hendrix (Brüssel).

G. Eustache. *La puériculture, hygiène et assistance.* (Paris 1903. J. B. Baillière et fils. Frs. 3.50.)

In allgemein verständlicher Weise — das Buch ist auch für Mütter geschrieben — bespricht Verf., Leiter der Maternité in Lille, alles das, was zur Hygiene und Pflege von Mutter und Kind vor, während und nach der Entbindung gehört. Der Ernährung des Kindes ist ein breiter Raum gewidmet; zu erwähnen ist hier, daß Verf. bei der künstlichen Ernährung vom 2. Monate an unverdünnte Kuhmilch, 7 Mahlzeiten pro Tag, empfiehlt. An Interesse gewinnt das kleine Werk dadurch, daß die für Mutter und Kind bestimmten Wohlfahrtseinrichtungen, wie sie in Frankreich üblich und zum Teil wenigstens fest geregelt sind, angeführt und erörtert werden. Verf. appelliert zum Schlusse an die öffentliche und private Wohltätigkeit und Fürsorge, um der gefährdeten Depopulation in Frankreich auf diesem Wege Halt zu gebieten. Soweit überhaupt Literatur zitiert wird, ist es ausschließlich französische.

Keller.

Mitteilungen.

— Am 25. Jänner 1903 erlag in Bologna einem plötzlichen Anfall von Bauchfell-Entzündung Prof. **Dante Cervesato**, Ordinarius der Kinderklinik.

Geboren 1851, studierte er in Padua, erhielt in Wien seine Ausbildung, wurde 1884 Extraordinarius der Pädiatrie in Padua, dann wegen seiner wissenschaftlichen Verdienste zum Ordinarius ernannt und schließlich 1900 auf dieselbe Lehrkanzel nach Bologna berufen.

Unter seinen Arbeiten sind zu erwähnen: Ueber hämorrhagische Infektionen bei Neugeborenen — Ueber Kindertetanie — Ueber Poliomyelitis anterior — Ueber subakute allgemeine Tuberkulose — Ueber die cerebrospinale Flüssigkeit. Dotti (Florenz).

— Prof. **Carlo Comba**, I. Assistent von Prof. Mya, ist auf die Universitäts-Lehrkanzel der Pädiatrie nach Bologna an die Stelle des verstorbenen Prof. Cervesato berufen worden. Dotti (Florenz).

INHALT. Originalmitteilungen. Czerny. Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und skrofulösen Hautaffektionen 57. — Ashby. Der gegenwärtige Stand der Lehre von der örtlichen Panatrophie im Kindesalter 62. — Neurath. Zur Klinik der hereditär-syphilitischen Knochenaffektionen 65. — Freiherr von Oefele. Ammengesetz vor 4000 Jahren 74. — Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. Karnitzki. Blutuntersuchungen 75. — Langer. Isoagglutinine 75. — Hamburger und Moro. Blutveränderungen nach Seruminjektion 76. — Linser. Nebennieren und Wachstum 76. — Frese. Vulnerabilität der Rekurrenfasern 76. — Sato. Bogengänge des Labyrinths 77. — Kemp. Rektale Irrigation 77. — Wernitz. Behandlung akuter Infektionskrankheiten 77. — Aufrecht. Subkutane Anwendung des Chinins 78. — Fromm. Sanatogen 78. — Price. Heroin 79. — Netter. Collargol 79. — Toff. Xeroform 79. — Ostrowski. Tannoform bei Intertrigo 79. — Hiss und Russel. Bacillus von Shiga 80. — Jaeger. Meningococcus intracellularis 80. — Heymann. Gefährlichkeit der Schultinte 80. — Physische u. psychische Erziehung u. Entwicklung. v. Lange. Wachstum 80. — Vail. Aproxia 81. — Lefebvre. Somers. Schulhygiene 81. — Zappert. Lungen- und Herzuntersuchungen an Schulkindern 81. — Kerr. Augenuntersuchungen in der Schule 82. — Lambert. Trachom in Schulen 82. — Ernährung und Stoffwechsel. Gernsheim. Rahmgemenge 83. — Sobel. Apparat zum Milchwärmen 84. — Heinrich. Bakterien der Frauenmilch 84. — Meyer. Bakterizide Fähigkeit der Milch 84. — Raczyński. Dyspepsia intestinalis acidula 85. — Passini. Anaerobe Buttersäure-Bakterien im Stuhle 85. — Klinik der Kinderkrankheiten. Chmelař. Leukämie 85. — Mahar, Nau und Rose. Anaemia pseudoleucaemica 86. — Lomax. Diabetes mellitus 86. — Roos. Rhachitis tarda 86. — Aubertin. Varicen der Schädelvenen 87. — Martell. Früh tuberkulose 87. — Rotch. Tuberkulöse Peritonitis 88. — Preisich. Vererbung der Syphilis 89. — Wisniewski. Salomon. Angeborene Syphilis 89. — Sippel. Intubation 89. — Puławski. Lichtwitz. Serumtherapie 90, 91. — Monti. Serumexantheme 91. — De Stelle und Miche. Postdiphtherische Lähmung 91. — Faber. Todesursache

bei Diphtherie 91. — *Delcourt*. Differentialdiagnose bei Krupp 92. — *Pospischill*. Scharlach-Streptokokkenserum 93. — *Strzeński*. Augenkrankungen bei Scharlach 93. — *Sippel*. Koplik'sche Flecken 94. — *Falk*. Werlhof'sche Krankheit nach Masern 94. — *Cooke*. Tetanus nach Vaccination 94. — *Marcus*. Tetanus neonatorum 95. — *Balter*. *Brush*. Typhus 95. — *Avellis*. *Hull*. *Swoboda*. *Stepp*. *Foggie*. Keuchhusten 95, 96, 98. — *Lowenburg*. *Gershel*. Gonorrhöe 97. — *Guinon*. *Weber*. Chronischer Rheumatismus 98. — *Kobrak*. Rheumatische Chorea 99. — *Hecht*. Influenza und Meningitis 99. — *Arnstein*. Pseudomeningitis bei Pneumonie 99. — *Griffith*. Cerebrospinalmeningitis 99. — *Perrin*. Cytodiagnostik 100. — *Bailly*. Friedreich'sche Ataxie 100. — *Zencykowski*. Sprachstörung bei cerebraler Lähmung 100. — *Deguy*. Gaumensegellähmung 101. — *Armand-Dehille* und *Camus*. Funktionelle Kontraktur 101. — *Ciagliński*. Tetanie 101. — *Großkopf*. Epilepsie 102. — *Rocaz* und *Cruchet*. Myxödem 102. *Koch*. Erbliche Belastung bei Psychopathien 102. — *Perrin*. Alkoholismus 102. — *Veis*. Schnarchen 103. — *Körner*. Ohrenklinik zu Rostock 103. — *Treitel*. Influenza-Pharyngitis 103. — *Stieda*. Verkäste Nebenhöhlenempyeme 104. — *Butts*. *Freudenthal*. *Görke*. *Möller*. *Fein Ritter*. Adenoide Vegetationen 104. — *Opdyke*. Trachom und Adenoide 105. — *Mills*. Tonsillitis 106. — *Kander*. Resektion der Trachea 106. — *Morse*. Retropharyngeal-Abszeß 106. — *Olsson*. Hirnabszeß 106. — *Jacobi*. Peribronchitis und interstitielle Pneumonie 106. — *Wachenheim*. Gastritis 107. — *Ridell*. *Ackermann* *Floren*. *Fischer*. Intussusception 107, 108. — *Langemak*. Peritonitis nach Enteritis 108. — *Nilson*. Leukocytose bei Appendicitis 108. — *Küttner*. Pseudo-Appendicitis 109. — *Maresch*. Lymphangiom der Leber 109. — *Hofmeister*. Kniegelenksresektion 109. — *Stewart*. Fötale intrakranielle Blutungen 110. — *Abt*. Spontane Blutungen bei Neugeborenen 110. — *Preindlsberger*. Teratom der Sakralgegend 110. — *Preindlsberger*. Rankenneurom 111. — *Sippel*. Kehlkopfdiaphragma 111. — *Derscheid-Delcourt*. Digitus varus 111. — *Lorthioir*. Angeborene Cysten am Halse 112. — *Hewelson*. Angeborener Kropf 112. — *Frank Greanelle*. Angeborener Nystagmus 113. — *Müller*. Angeborene Hüftverrenkung 113. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.** *Lust*. *Brunard*. Consultations de nourrissons 113, 114. — *Weiß*. Säuglingsheilstätte 114. — *B. Jelski*. Nochmals die Provinzial-Säuglingshäuser 114. — *Demay L.* Consultation de nourrissons 114. — **Berichte.** Sektion Florenz der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde 115. — **Besprechungen.** *Le Marinel*. Contribution au traitement de la Scoliose 125. — *Eustache* La puériculture, hygiène et assistance 126. — **Mitteilungen.**

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, die-
selben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion
durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Juni.

Band II. Nr. 3.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig.

(Direktor: Med.-Rat Prof. Dr. O. Soltmann.)

Ueber die Beziehungen zwischen Lebererkrankungen und postmortalen Oxydationskraft des Lebergewebes.

Von Dr. med. Hermann Brüning, Assistenzarzt der Säuglingsabteilung.

(Vorläufige Mitteilung.)

Die von Czerny und Keller u. a. auf Grund der vermehrten Ammoniakausscheidung im Urine chronisch-magendarmkranker Säuglinge aufgestellte Theorie der Säureintoxikation fand keine allgemeine Anerkennung und namentlich Pfandler suchte in einer längeren, mühevollen Arbeit, unter eingehender kritischer Würdigung der Veröffentlichungen der genannten Forscher, den Nachweis zu erbringen, daß für das Zustandekommen der eigenartigen Zustände im Gefolge chronischer Magendarmaffektionen im Säuglingsalter eine Acidose im Sinne Czernys und Kellers nicht als Ursache in Betracht kommen könne, sondern daß es sich hierbei um eine Ammoniakstauung infolge mangelhafter Oxydationsfähigkeit der Organe (Leber) und Gewebe handle, durch welche die Harnstoffsynthese gehemmt sei. Um die Richtigkeit dieser Hypothese darzutun, untersuchte Pfandler eine größere Anzahl von Säuglingslebern verschiedener Altersstufen post mortem unter Anlehnung an ein von Medwedew ausgearbeitetes Verfahren (kalorimetrische Bestimmung der aus einer bestimmten Menge Salizylaldehyd unter bestimmten äußeren Bedingungen von einer bestimmten Menge Leberbrei gebildeten Salizylsäure) und fand, daß die bei mikroskopischer Untersuchung „völlig oder nahezu normal“ befundenen Lebern von Kindern im ersten Lebenshalbjahre durchschnittlich dreimal so viel Salizylsäure gebildet hatten, als die „von den jeweiligen Obduzenten“ infolge stärkerer parenchymatöser oder fettiger

Degeneration oder hochgradiger Stauung als krank bezeichneten Organe. Das Verhältnis der berechneten Salizylsäure durchschnittsweise betrug 92·9 : 30·61. Im weiteren Verfolge dieser Untersuchungen ergab sich dann, daß in weitaus der Mehrzahl der Fälle die Ammoniakwerte des Harnes mit der oxydativen Energie des Leberextraktes alternierten, d. h. also, daß der geringeren fermentativen Oxydationsfähigkeit krank befundener Lebern höhere Ammoniakmengen im Urin entsprachen.

Aber auch die Pfaunderschen Anschauungen fanden keine allseitige Billigung und wurden besonders von Czerny und seinen Schülern angefochten.

Infolge dieser Meinungsverschiedenheit über eine für die Beurteilung der Säuglingserkrankungen so außerordentlich wichtige Frage erschien es mir angebracht, bei dem reichlichen Materiale des hiesigen Kinderkrankenhauses an chronisch-magendarmkranken Säuglingen der strittigen Frage näherzutreten, um vielleicht durch eine Untersuchungsreihe zur Klärung beitragen zu helfen. Ich habe mich nun vorläufig weniger mit der Bestimmung der renalen Ammoniakausscheidung beschäftigt — einschlägige Untersuchungen, deren Ergebnisse mitzuteilen ich mir vorbehalte, sind im Gange — als mit der Frage der Beziehungen der Oxydationsfähigkeit der Leber zu ihren pathologischen Veränderungen. Hierbei war es m. E. unerlässlich, die mit bloßem Auge nur schwer zu beurteilende Intensität und Extensität der Leberaffektionen durch die mikroskopische Untersuchung zu ergänzen und so die Schwere der Lebererkrankung mit den gefundenen Salizylsäurewerten als Maß der oxydativen Energie zu vergleichen.

Trotz der Schwierigkeit, in jedem einzelnen Falle mit Bestimmtheit die durch Fettdegeneration und Fettinfiltration hervorgerufenen Krankheitsbilder zu trennen, war es wohl möglich, den Einfluß dieser pathologischen Veränderungen auf die Größe der Oxydationsfähigkeit des Lebergewebes im Vergleich zu Erkrankungen anderer Art zu beurteilen.

Zur Beantwortung der vorhin erwähnten Frage untersuchte ich die Lebern von 31 Kindern im Alter von 17 Tagen bis zu 22 Monaten; 21 Kinder standen im ersten Lebensjahre. Die Obduktion erfolgte stets innerhalb 24 Stunden nach dem Tode. Die mikroskopische Untersuchung wurde an verschiedenen konservierten und tingierten Präparaten (Formalin, Hämalun-Eosin, bezw. van Gieson; Müller-Marchi, Safranin) vorgenommen; je 50 g Leberbrei wurden nach dem von Medwedew angegebenen und von Pfaundler modifizierten Verfahren verarbeitet und zur kalorimetrischen Berechnung der Salizylsäure verwertet.

An der Hand beifolgender Gesamttabelle seien die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen, deren ausführliche Publikation an anderer Stelle erfolgen wird, mitgeteilt, unter gleichzeitigem Hinweis auf einige wenige an pathologischen Lebern Erwachsener angestellten Salizylsäurebestimmungen und unter Anfügung eines einschlägigen Tierexperimentes.

Nummer	Name	Alter	Krankheit (hauptsächliche Angaben und Sektionsbefund)	Leberbefund mikroskopisch	Körper- gewicht	mg Salzyel- säure für je 50 g Fett
1	Ko. W.	Tage 11	Enteritis foll. acuta, icterus neonat., Lues hereditaria? Päd- atrophie	Stauung, ver- mehrtes Binde- gewebe, diffuse Fettanhäufung im Lebergewebe	2370	29
2	Lei. G.	11	Ulcera der Magen- schleimhaut nach Soor, intakter Darm, Pädatrophie	trübe Schwellung wenig Fett (Infiltr. u. Degen.)	2500	49·25
3	Lan. G.	11	Partus praematurus! Debilitas vitae! In- takter Darm!	Stauung u. fettige Degeneration	1940	21·15
4	Li. A.	17	Soor, Pädatrophie Klinisch: ak. Entero- katarrh. Sekt.: Gastro- enteritis ac.	parenchymatöse Trübung d. Zellen	2550	31·2
5	Gr. W.	19	Gastroenteritis sub- acuta, Atrophie	O. B.	2030	10·72
6	Wi. Fr.	20	Partus praematurus, Gastroenteritis sub- acuta, Atrophie	mäßige Fettdegene- ration	1990	12
7	Mü. W.	Wochen 4	Gastroenteritis chron. Atrophie	fleckweise sehr blutreich	2000	15
8	Sch. Fr.	5	Enterocatarrhus acu- tus nach chron. Dys- pepsie, Furunkulose, Atrophie	trübe Schwellung	3480	12·5
9	Ka. E.	6½	Enteritis follic. chron. Ikterus! Lues hered. Atrophie	Bindegewebsver- mehrung, Stauung	2500	20·02
10	Am. E.	7	Dyspepsia chron. mit alten schiefr. Pigm. im Dickdarme, Atrophie	Stauung, wenig Fett in der Peri- pherie	2780	16·6
11	Pi Kl.	8	Gastroenteritis, Colitis chron., Atrophie	mäßig Fett, diffus verteilt	2700	17·5
12	St. E.	9	Gastroenteritis chron. und ac.; Atrophie	sehr starke Hyper- ämie u. Stauung	2600	3·95
13	Sch. H.	10	Gastroent. et Colitis chron.; Atrophie	Bindegewebe reich- lich, mäßige Fett- degeneration	3350	15·2
14	Oe. M.	11	klinisch: Verdauung gut. Sekt.: Gastroent. chron., Atrophie	vereinzelte Fett- infiltrationen, wenig Degeneration	2800	18
15	Ti. A.	12	klinisch: Verdauung gut. Sekt.: Enteritis foll. chron. Lues hereditaria	Bindegewebe ver- mehrt, Stauung	4510	18·4

Numer	Name	Alter	Krankheit (hauptsächliche Angaben) und Sektionsbefund	Leberbefund mikroskopisch	Körper- gewicht	mg Salicyl- säure für je 50 g Blut
16	Rö. H.	13	Klin.: Enterocatarrh. Sekt.: Enteritis foll. chron. Atrophie. Lues?	Bindegewebe reich- lich, Stauung	3000	11:35
17	Och. Fr.	14	Myodegeneratio cor- dis, Nephritis, intakter Darm	parenchym. Trübg., Fettinfiltr. und De- generation	5800	18
18	Mü. R.	20	Erysipelas, Nephritis Darm intakt! Guter Ernährungszustand!	geringe Fettdeg. und Infiltr.	4850	50!
19	Zi. A.	23	Gastroenteritis chron., Atrophie	O. B.	3180	11:8
20	Ru. E.	Monate 6	Enteritis chron. follic., Atrophie	Stauung, fettige Degeneration	3050	14:29
21	Kl. W.	6 $\frac{1}{2}$	Gastroenteritis chron. et ac., Atrophie	hochgradige Stauung	3400	11:9
22	Fr. Fr.	7	Magenschleimhaut bräunlich, Darm intakt, Atrophie	Fettinfiltration	2950	15:45
23	Ar. O.	7 $\frac{1}{2}$	Lues hered., Rhachitis; schiefr. Pigm. im Kolon	Bindegewebsver- mehrung, trübe Schwellung	4890	14
24	Ki. J.	8	Empyema sin. Atro- phie. Darm intakt	ziemlich reichliche Fettanhäufung	2900!	4:075
25	St. Ro.	8 $\frac{1}{3}$	Dysenteria gravis! Atrophie	Fettleber	3100!	13:85
26	Pf. Fr.	8 $\frac{1}{2}$	Gastroenteritis chron. et acuta, Atrophie	parenchymatöse Trübung	3750	20:05
27	Jä. E.	9	geringeschief. Pigm. im Dickdarm, Pneu- monie; Darm ziem- lich gut. Guter Er- nährungszustand. Miliartuberkulose	wenig Fett, ein- zelne miliare Tuberkel	7000	39:5
28	Zo. P.	10 $\frac{1}{4}$	leichte Injektionen der Magendarm- schleimhaut, Nephri- tis; leidlich ernährt	hochgradige Fett- leber!	5800	14:65
29	Ru. M.	12 $\frac{1}{2}$	Prolapsus ani. Atro- phie! Darm intakt	spärlich Fett	3050!	58:5!
30	Ki. K.	15	Pneumonia crouposa Enteritis acuta	Stauung und ziem- lich starke Fett- durchsetzung	?	9:37
31	He. Fr.	22	Herzschwäche nach Masernpneumonie; Darm intakt; mäßig ernährt	Fettleber mäßigen Grades	7100	22

Die Ergebnisse der Salizylsäurebestimmung an 3 Lebern Erwachsener, die mir aus dem pathologischen Institute durch Herrn Geh. Rat Marchand in dankenswerter Weise überlassen wurden, waren folgende:

Alter in Jahren	Krankheit	Leberbefund	Salizylsäure pro 50 g Leberbrei
19	Tuberkulose	diffuse Fettinfiltration und Degeneration mit geringgradigem Amyloid Stauungsleber	15.2 mg
27	Tuberkulose	hochgradige Fettleber mit leichter interstitieller Bindegewebsvermehrung	26.3 mg
37	Tuberkulose	Fettleber mit ziemlich reichlichem interst. Binde- gewebe	39.2 mg

Ferner bildeten 50 g der diffus fettig degenerierten Leber eines Hundes nach akuter Phosphorvergiftung nur 11.03 mg Salizylsäure gegenüber 23.43 mg der normalen Leber eines gleichaltrigen Hundes desselben Wurfes.

Die aus der tabellarischen Zusammenstellung sich ergebenden Resultate glaube ich in folgende Schlußsätze zusammenfassen zu können:

1. Die postmortale Oxydationsfähigkeit des Lebergewebes schwankt in weiten Grenzen (von 3.95 bis 58.5 mg).

2. Ein steiles Ansteigen der Oxydationswerte bei älteren Kindern ist jedenfalls keine konstante Erscheinung (s. Fall 18, 27 und 29).

3. **Atrophie** ohne makroskopisch und mikroskopisch nachweisbare Veränderungen des Lebergewebes und ohne Veränderungen der Magendarmschleimhaut bedingt an sich keine Verminderung der Leberoxydationskraft (s. Fall 29).

4. Umgekehrt wird durch erheblichere Affektionen des Magendarmtraktes subakuter und chronischer Art, durch höhere Grade parenchymatöser und fettiger Degeneration, sowie bei ausgesprochener Fettinfiltration und stärkerer Stauung im Lebergewebe dessen Oxydationsfähigkeit herabgesetzt (s. Fall 5, 19; 8, 24, 28, 31; 3, 10).

5. Die Salizylsäuremengen der untersuchten Säuglingslebern aus dem ersten Lebenshalbjahre überhaupt schwanken zwischen 3.95 und 50 mg (durchschnittlich 19.42 mg); die beiden hierher gehörigen Organe, welche makroskopisch und mikroskopisch **keine pathologischen** Veränderungen aufzuweisen hatten, bildeten 10.72 und 11.8 mg Salizylsäure; bei den übrigen 19 Fällen betrug die durchschnittliche Salizylsäure-Quantität 20.3 mg.

6. Das auffällige Ueberwiegen der Durchschnitts-Oxydationswerte **krank** befundener über **nicht pathologische** Lebern im ersten Lebenshalbjahre erklärt sich aus folgenden Ursachen:

a) handelt es sich bei den Kindern mit **normalen** Lebern um schwere Affektionen der Magendarmschleimhaut (Fall 5 und 19) [s. unter 4!];

b) sind unter den Fällen mit **krank** befundenen Lebern eine Anzahl mitgerechnet, welche keine erheblicheren Magendarmstörungen aufzuweisen (Fall 2, 3, 17 und 18) oder aber intra vitam an **Ikterus** gelitten hatten, einem Symptomenkomplex, der die oxydative Energie des Lebergewebes zu **vergrößern** scheint (Fall 1 und 9).

Nach Abzug der unter b aufgeführten Fälle mit relativ **hohen** (im Mittel 33.92 mg) Salizylsäurewerten, ergibt sich für die übrig bleibenden **pathologischen** Lebern aus dem ersten Lebenshalbjahre ein Durchschnittswert von 12.32 mg (entsprechend 10.72 und 11.8 mg unter a).

Aus den wenigen einschlägigen Salizylsäureberechnungen an pathologischen Lebern erwachsener Personen an dieser Stelle irgend einen Schluß zu ziehen, erscheint mir verfrüht. Jedoch sind weitere Untersuchungen, event. unter Zuhilfenahme des Tierexperimentes, erwünscht, um Gewißheit darüber zu erhalten, ob es auf diesem Wege gelingen wird, die wichtige Frage der chronischen Magendarmstörungen und der mit ihnen einhergehenden Säuglingsatrophie zu einem befriedigenden Abschluß zu bringen.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.

Sektionsbefund bei einem Falle von Mongolismus.

Von Privatdozent **Dr. Martin Thiemich.**

(Bei der Redaktion eingegangen am 8. Mai 1903.)

Unter der großen Zahl der ätiologisch verschiedenen Formen der Idiotie im Kindesalter haben diejenigen mit Recht ein weitgehendes Interesse gefunden, bei denen es sich nicht um eine

primäre Mißbildung oder Erkrankung des Gehirnes handelt, sondern bei denen die Idiotie als Folgeerscheinung der gestörten oder fehlenden Schilddrüsen-Funktion aufgefaßt wird.

Für einige Zustände, die Cachexia strumipriva, das Myxödem und den Kretinismus, scheint dieser Zusammenhang durch die Erfolge der Therapie gesichert, dagegen sind über einige andere Formen die Akten noch nicht geschlossen, über den Mongolismus und die Chondrodystrophia foetalis. Als Ursache hierfür ergibt sich einmal, daß die Erfolge der Schilddrüsen-Behandlung so wenig sinnfällige sind, daß ein Teil der Autoren sie schlankweg leugnet, während ein anderer sie deutlich zu sehen glaubt, wenn auch zugestandenermaßen geringer als bei den erstgenannten Formen. Zweitens beruhen die widersprechenden Auffassungen auf der geringen Zahl von anatomischen Untersuchungen. Für den Mongolismus ergibt die Durchsicht der Literatur bezüglich der Angaben über Veränderungen am Gehirne und an der Schilddrüse folgendes:

Langdon Down¹⁾, der den Namen „the mongolism“ zuerst gebraucht und eingeführt hat, gibt keine Sektionsbefunde an.

Telford-Smith²⁾ behauptet, daß, soweit man es durch die Palpation beurteilen könne, die Schilddrüse bei den mongoloiden Idioten klein (subnormal in size) sei. Weiter schreibt er: „Ihre (der Mongoloiden) ganze Organisation ist nach dem Ausdrucke von Shuttleworth „unfertig“ und wenn man nur nach der sehr einfachen Windungsart ihrer Gehirne (the very simple convolutional anatomy) urteilt, so kann man keine großen geistigen Leistungen (no great amount of cerebration) von ihnen erwarten.“ Er nimmt also sowohl das Gehirn wie die Schilddrüse als abnorm an und schreibt der Schilddrüsen-Behandlung eine günstige Wirkung zu, wenn auch lange nicht in dem Maße, wie beim Kretinismus.

Sutherland erwähnt in einer kurzen Notiz im „Lancet“³⁾ nichts vom Gehirne und sagt bezüglich der Schilddrüse nur ganz apodiktisch: „Thyroid gland normal“. Derselbe Autor verbreitet sich aber in einer zweiten Publikation⁴⁾ ausführlich über die pathologische Anatomie des Mongolismus.

Was zunächst das Gehirn angeht, so hätte der Nachweis einer pathologischen Bildung desselben nach zwei Richtungen ein Interesse, erstens, weil es sich um idiotische, bezw. imbezille Kinder handelt, zweitens mit Rücksicht darauf, ob die eigentümliche Gesichtsbildung, die eingezogene Nasenwurzel, auf einer abnorm frühen Verknöcherung und damit Wachstumsstörung der Schädelbasis beruht oder nicht.

Um nun dies letztere zuerst kurz zu erledigen, so geht aus zwei (bei Sutherland zitierten) Beobachtungen von Dr. Leonard Guthrie und Dr. Fraser hervor, daß eine primäre frühzeitige

¹⁾ Dr. T. Langdon Down: Mental Affections of Childhood and Youth, 1887.

²⁾ British medical Journal 1896, S. 616.

³⁾ The Lancet 1900, I, S. 23.

⁴⁾ The Practitioner, New Series Vol. X, 1899, S. 632 ff.

Synostose der Schädelbasis-Knochen bei Mongoloiden ebensowenig vorhanden ist, wie bei den Mikrocephalen. Dagegen wird die Annahme einer primären Wachstumsstörung des Gehirnes gestützt durch fünf Fälle von Dr. A. W. Wilmarth⁵⁾, über die folgendes wörtlich berichtet wird:

„Bei allen diesen war das Gehirn für ein Idiotengehirn gut entwickelt, nur Pons und Medulla oblongata waren sehr klein und wogen in jedem Falle weniger als eine halbe Unze, während das normale Gewicht fast doppelt so viel beträgt. Die Kleinheit von Pons und Medulla oblongata überhaupt scheint mit größter Wahrscheinlichkeit auf mangelhafter Ernährung, die anderen anatomischen Besonderheiten dieser Gruppe scheinen auf unvollkommener Entwicklung oder auf dem Fehlen gewisser Zellgruppen in dieser Gegend zu beruhen.“ „Kürzlich fand ich“, fährt Sutherland fort, „bei der Sektion eines 14 Tage alten Mongoloiden ähnliche Verhältnisse. Pons, Medulla oblongata und Cerebellum waren auffallend klein im Vergleiche mit dem Umfange der Großhirn-Hemisphären. Ob ein kongenitaler Defekt an den basalen Gehirnteilen diesen Typus der Imbezillität hervorruft, darüber läßt sich nichts aussagen, wahrscheinlich besteht außerdem eine Veränderung an den höheren Zentren, die nicht so augenfällig und deshalb bisher noch unbekannt ist.“ Was im übrigen die Sektionsbefunde angeht, so sah Sutherland nur sekundäre und mit dem Wesen des Mongolismus in keiner Beziehung stehende Anomalien. „Die Thymus, die Schilddrüse und die Nebennieren fand ich von normaler Struktur (to be structurally healthy) und sah überdies keinen Nutzen von der Behandlung mit Thymus und Thyreoida-Extrakt.“

Indem ich die weitere Literatur, die sich nur mit der klinischen Schilderung des Mongolismus beschäftigt, übergehe, will ich nur noch kurz erwähnen, daß die beiden deutschen Autoren, die bisher über den Mongolismus geschrieben haben, H. Neumann⁶⁾ und in allerletzter Zeit Kassowitz⁷⁾, keine Sektionsergebnisse mitteilen und daß sie in Bezug auf die Schilddrüsen-Therapie einander widersprechen, insofern Neumann ihr jeden Wert bestreitet, während Kassowitz ihr eine, wenn auch nicht sehr sinnfällige, so doch unleugbare und zu weiteren Versuchen ermunternde Wirkung zuschreibt.

Unter diesen Umständen ist die Beibringung weiteren kasuistischen Materiales notwendig, um Klarheit zu schaffen.

Der Fall, über den ich berichten will, ist folgender:

Adolf K., Kind gesunder Eltern in Breslau, kam zuerst mit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren im Februar 1900 in Behandlung der königl. Universitäts-Kinderklinik. Die beigegefügte Photographie, die im Alter von drei Jahren aufgenommen wurde, gibt sehr gut die eigentümlichen Züge

⁵⁾ Report on the Examination of 100 Brains of Feeble-minded Children (ohne weitere Angabe); cit. nach Sutherland, Practit., S. 639

⁶⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1899.

⁷⁾ Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Wien 1902. bei Moritz Perles

des Mongolismus wieder. Hinsichtlich der Intelligenz des Kindes läßt sich kurz sagen, daß es sich um eine schwere Idiotie mit im allgemeinen freundlichem Stimmungsscharakter handelte. Gehen und Stehen, ebenso nach jahrelangen Bemühungen auch die Sauber-



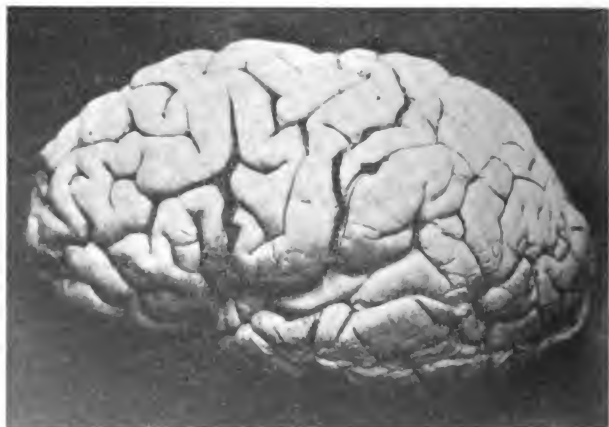
haltung seiner Kleider und Betten, wenn er gut beobachtet wurde, hat der Knabe erlernt, dagegen nie die Sprache und nur in sehr geringem Grade ein Sprachverständnis. Sich selbst überlassen, grimassierte er viel, oft unartikulierte Laute ausstoßend, und führte unermüdlich pagodenhafte Schaukel- und Drehbewegungen aus. Die beim Mongolentypus der Idiotie oft beschriebene eigenartige Schläffheit und gummiartige Dehnbarkeit der Haut war besonders an den Wangen, am Halse und Nacken sehr deutlich, ebenso bestand dauernd eine ausgesprochene Muskelhypotonie.

Die Schilddrüse war während des Lebens nicht deutlich tastbar, weshalb im Jänner 1901 ein therapeutischer Versuch mit Darreichung frischer Hammel-Schilddrüsen gemacht wurde⁹⁾, der ganz erfolglos verlief.

⁹⁾ Vergl. Fall II in der Mitteilung von Gregor, diese Monatsschrift, Bd. I, S. 318 (Februar 1903).

Der Tod erfolgte an einer ausgebreiteten Tuberkulose am 6. Februar 1903, also in einem Alter des Kindes von etwa $5\frac{1}{2}$ Jahren.

Die etwa 2 Stunden p. m. im hiesigen pathologischen Institute ausgeführte Sektion⁹⁾ ergab außer den hier nicht näher zu schildernden tuberkulösen Veränderungen zunächst, daß die Schilddrüse normal groß an typischer Stelle lag und nur deshalb nie mit Sicherheit zu tasten gewesen war, weil der Isthmus und die wohlentwickelten seitlichen Lappen unter dem M. sterno-hyoideus verborgen geblieben waren. Da eine Wägung des frischen Organs verabsäumt wurde, so gebe ich wenigstens die Maße desselben nach



Linke Hemisphäre.

etwa 20stündigem Liegen in 10% Formollösung, wodurch keine Volumveränderung entstanden war. Die Lappen, beide gleich groß, waren 3 cm lang, $1\frac{1}{2}$ cm breit und 1 cm dick, der Isthmus war 0.8 cm breit und nur 0.3 cm dick.

Die mikroskopische Untersuchung der Drüse nach Einbettung in Celloidin ergab, daß es sich um ein fast kolloidfreies normales Organ handelte.

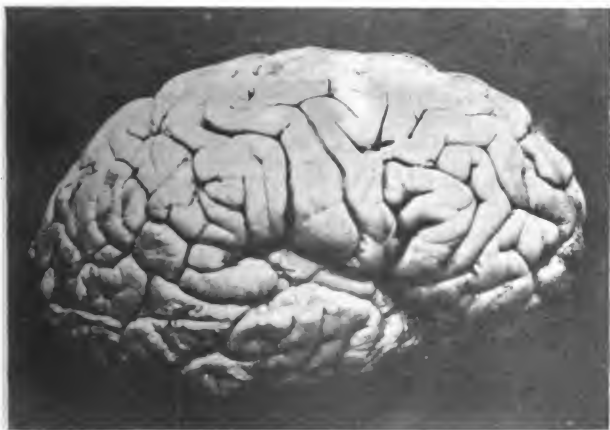
Das Gehirn, welches frisch samt den weichen Hirnhäuten 1045 g wog, fiel zunächst durch etwas plumpe Windungen und ein atypisches Aussehen der Gegend des Operkulum und der Insel auf, welche letztere stellenweise nur von den weichen Hirnhäuten

⁹⁾ Herrn Geheimrat Ponfick bin ich für die gütige Ueberlassung der näher zu untersuchenden Organe zu großem Danke verpflichtet.

bedeckt zutage zu treten schien. Nach genügender Härtung in 10% Formollösung und nach Abziehen der Leptomeninx ergab sich aber, daß der scheinbar offen liegende Teil der Insel die verschmälerte und in die Tiefe gedrängte erste Schläfewindung war. Herr Medizinalrat Wernicke hatte die große Liebenswürdigkeit, gemeinsam mit mir das Gehirn einem genauen Studium zu unterziehen, bei dem über das makroskopische Verhalten im einzelnen folgendes notiert wurde:

Unter das Niveau gesunken erscheinen an der linken Hemisphäre:

1. Von der dritten Stirnwindung eine Partie, welche zwischen



Rechte Hemisphäre.

dem Ansatzstücke (Fuße) der dritten Stirnwindung und einer Fortsetzung liegt, die einer normalen Broca'schen Windung entspricht.

2. Ferner mindestens die hinteren zwei Drittel der ersten Schläfewindung, die im ganzen abnorm schmal ist.

Sonst erscheint an der Konfiguration der Windungen auffällig, daß die hintere Zentralwindung in ihrem mittleren Verlaufe schmal ist und daß die Zentralfurche am unteren Ende nicht geschlossen ist, sondern in die Fossa Sylvii einmündet.

Die Stirnwindungen in ihrem hinteren Ansatzstück mit Ausnahme der unteren sind von der vorderen Zentralwindung durch eine tiefe Querfurche (Präzentralfurche) abgesetzt, die ihrer Lage nach ebenfalls der Zentralfurche entsprechen könnte, aber frontalwärts nicht geschlossen ist.

An der rechten Hemisphäre liegt unter dem Niveau nur das mittlere Drittel der ersten Schläfewindung. Die Zentralfurche ist

unten ebenfalls nicht geschlossen, im übrigen ist die Konfiguration der Windungen ohne Besonderheiten, bis auf das oberste Stück der vorderen Zentralwindung, welches hinter dem sogleich zu beschreibenden Tuberkel liegt. Dieses Stück erscheint abnorm schmal.

In der Rinde der rechten ersten Frontalwindung, unmittelbar vor der vorderen Zentralwindung, liegt ein Tuberkel etwa von der Größe eines Weinbeeren-Kernes, welcher bis an die Oberfläche heranragt und mit der Leptomeninx verklebt ist. Er stellt die einzige nachweisbare tuberkulöse Erkrankung des Gehirnes dar.

Nachdem die äußeren Formverhältnisse des Gehirnes studiert waren, wurden einige Frontalschnitte angelegt, auf denen sich keinerlei Abnormitäten fanden, weder in Bezug auf die Inselwindungen, noch hinsichtlich der Größe und Anordnung der großen Ganglien und der wichtigsten Markmassen, noch am Pons und der Medulla oblongata.

Von einer mikroskopischen Untersuchung des Gehirnes wurde Abstand genommen wegen der geringen Aussicht, einen irgendwie deutbaren abnormen Befund zu erheben. Ich habe mich deshalb darauf beschränkt, das obere Halsmark histologisch zu untersuchen. Dasselbe zeigte weder an Hämatoxylin-, noch an Pal-Präparaten irgendwelche Abweichung von der Norm.

Aus dem Budapester Stefanie-Kinderspitale.

Xanthoma tuberosum bei einem Kinde.

Von **Franz v. Torday.**

(Ungarisch erschienen in Gyermekgyógyászat 1903, Nr. 1.)

Das Xanthom gehört zu den seltenen Krankheiten. Besonders spärlich sind die Fälle, wo die charakteristischen Erscheinungen entweder schon angehoren waren oder im frühesten Kindesalter sich einstellten. Etwa 30 einschlägige Fälle sind bis dato in der Fachliteratur bekannt gemacht worden. Es gehört zu den Eigenheiten dieser Krankheit, daß die krankhaften Veränderungen der Haut sich in seltenen Fällen zurückbilden. Der hier beschriebene Fall ist insofern auch interessant, als wir dabei Gelegenheit hatten, das teilweise Verschwinden der Hautveränderungen zu beobachten.

Bei dem ein Jahr alten Kinde erschienen im dritten Lebensmonate am Gesicht, dann an den oberen und zuletzt an den unteren Extremitäten scharf umgrenzte, die Hautoberfläche kaum überragende zitronengelbe Flecken. Diese bildeten sich langsam um in gelbe, harte, kleinere und größere Hautgeschwülste. In der Familie soll niemand an ähnlicher Hautkrankheit gelitten haben, sowie dort auch jedwede hereditäre Belastung entschieden geleugnet wird. Das Kind war nie ikterisch.

An dem Knochensystem des schwach entwickelten, abgemagerten Mädchens sind rhachitische Veränderungen vorhanden. Die Muskulatur ist schlaff, das Fettpolster der Haut größtenteils verschwunden. Die Haut ist blaß, hat ein helles, rosafarbiges Kolorit. Eine gelbe Verfärbung ist weder an der Hautfarbe, noch an den Skleren wahrzunehmen. Man konnte an der Stirne, am Gesicht, an der Beuge- und Streckseite der oberen Extremitäten, an den Füßen, an den unteren Extremitäten kleinere und größere linsen- große, scharf umgrenzte, halbkugelförmig emporragende Gebilde sehen.

Sie waren von matter Konsistenz, gelb gefärbt, auf Druck etwas erblassend, mit normaler Haut bedeckt und begrenzt. Ihre Oberfläche war glatt, hatte einen fettigen Glanz. An der linken Seite des Gesichts waren linsengroße, gelblich-braune, in der Mitte hellere, an der Peripherie von einem dunkleren Hofe umgebene, flache, die Hautoberfläche nicht überragende Flecken zu sehen.

Ähnliche Flecken waren auch an den Armen, Schenkeln und Füßen. Weder diese Flecken, noch die kugeligen Gebilde hatten eine symmetrisch geordnete Verteilung. An dem Gesicht und an den Füßen waren sie noch gleichmäßig verteilt, anderswo bildeten sie mehr oder wenig gedrängte Gruppen.

Das schwache Kind litt an einem ausgebreiteten Bronchialkatarrh. Der Bauch war aufgetrieben, die Leber überragte um eines Fingers Breite den Rippenbogen. Der Kot war gelblich gefärbt, im Urin waren keine fremden Bestandteile, selbst Spuren von Zucker waren nicht nachweisbar. Das Kind hatte während seines Spitalaufenthaltes eine kruppöse Lungenentzündung durchgemacht. Es ist uns aufgefallen, daß sich die Hautveränderungen langsam zurückbildeten, sodann nach etwa vier Wochen die an dem Gesichte gesehenen halbkugelförmigen Gebilde größtenteils schon abgeflacht waren. Einige davon bekamen in der Mitte ein dunkelbraunes Kolorit. Die Kontur der abgeflachten Hautgebilde hatte schon bei der gelben Farbe eine bräunliche Beimischung. Ähnliche Umränderung hatten die gelb gebliebenen, abgeflachten Hautgeschwülste. Ein anderer Teil der halbkugelförmigen Hauteffloreszenzen hat sich in helle, braun pigmentierte, stecknadelkopf- bis linsengroße Flecke verändert. Die Effloreszenz an den Armen hat sich abgeflacht, an den Schultern in Flecken umgewandelt. Die an den Unterarmen gewesenen haben sich verhältnismäßig wenig verändert. Die Hautveränderungen der Füße haben sich stellenweise in Flecken, stellenweise in kleine Grübchen verwandelt. Ähnliches sah ich auch an den Schenkeln.

Wir haben von den xanthomatösen Hautgebilden kleine Partikelchen exzidiert. Der Laboratoriums-Chef des Spitals, Dr. Kornél Preisch, hat das histologische Bild in folgendem beschrieben:

Die das Niveau der Haut überragenden, mit normaler Hornhaut und Malpighi-Schicht bedeckten Gebilde bestehen aus unter der Malpighi'schen Schicht angehäuften endothelialen Zellen. Gegen die Cutis sind sie scharf abgegrenzt. An ihrer unteren Grenze sind zahlreiche Schweißdrüsen. Die endothelialen Zellen, die diese Gebilde bilden, sind mit Fetttropfen imbibiert. Sozusagen in proportionierter Verteilung sind auch den Lang-erhans'schen Riesenzellen ähnliche Zellen zu sehen, deren Protoplasma ebenfalls mit einem Fetttropfen gefüllt ist. In den einzelnen Elementen sind disseminiert kleinere und größere Massen bildende gelbliche Pigmentanhäufungen zu sehen.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

G. Mensi. *Sull' origine e funzione dei corpuscoli di Hassal.* (La pediatria 1903, Nr. 2.)

Verf. zählt die Meinungen der verschiedenen Autoren auf, die dieses Thema behandelt haben, und hält, da dieselben noch streitig sind, weitere Studien und Forschungen noch für notwendig. Daher bringt Verf. einen Beitrag histologisch-physiologischer Untersuchungen über 15 Fötus von $3\frac{1}{2}$ bis 9 Monaten. Alkohol. Zenker. Hämatoxylin-Eosin. Vor dem 4. Monate des Embryos hat er die

Hassal'schen Körperchen nicht vorgefunden; nach dem 4. Monate erscheinen sie allmählich in kleiner Anzahl und Größe und erreichen das Maximum zur Zeit der Geburt. Das wäre eine Bestätigung der Beobachtungen Ghikas.

Nach einigen Betrachtungen schließt Verf. damit, daß er den Hassal'schen Körperchen als Produkten eines Wucherungsvorganges und als funktionellen Elementen, nicht aber als Produkten der Zellenentartung oder Zellenrückbildung eine große Bedeutung zuschreibt.

Dotti (Florenz).

Duenas (Havana). *Fever of doubtful Nature in Infancy. (Fieber unbestimmter Natur bei Säuglingen.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 7. März 1903.)

Die unbestimmten Fieber der Säuglinge bereiten in Havana besondere Schwierigkeiten in Bezug auf Diagnose. Typhus ist in Kuba ungewöhnlich verbreitet, Malaria wenigstens in der Stadt Havana nicht besonders häufig oder schwer, dagegen muß der Arzt wegen gelben Fiebers auf der Hut sein. Nach den Erfahrungen des Verf. sind jedoch die meisten dieser Fälle Magendarmerkrankungen, die dort nicht weniger häufig als in der heißen Zeit weiter nördlich vorkommen.

Wachenheim (New-York).

Cook: *The Clinical Value of the Blood-Pressure Determination as a Guide to Stimulation in Sick Children (Der klinische Wert der Blutdruckbestimmung als Wegweiser zur Stimulation bei kranken Kindern).* (Bull. of Johns Hopkins Hospital, Februar 1903 und Amer. Journ. of Med. Sciences, March 1903.)

Verf. benützt eine Modifikation des Sphygmomanometers von Riva-Rocci. Der normale Blutdruck beträgt bei Säuglingen 75 bis 90 mm, im zweiten Jahre 85 bis 95 mm, später bis 110 mm; die Bestimmung ist leichter als bei Erwachsenen, da keine Rücksicht auf Arteriosklerose und Muskelspannung erforderlich ist. Bei höhergradigen Schwächezuständen ging der Blutdruck unter 60 mm hinab.

Der Alkohol wurde als Stimulans unbefriedigend gefunden, leistete höchstens als Nahrungsersatzmittel wesentliche Dienste. Subkutan erwirkte Digitalis in wenigen Minuten eine Druckerhöhung von 20 bis 30 mm, der Effekt war jedoch ziemlich vorübergehend; Strychnin (0.00015 bis 0.0006) wirkte ein wenig schwächer und langsamer, aber auf eine Dauer von mehreren Stunden. Normale NaCl-Lösung erwies sich als beinahe wertlos. Bei gesunden Kindern und in moribunden Fällen konnte der Blutdruck kaum auf irgend eine Weise beeinflußt werden.

Verf. meint, daß, nach obigen Beobachtungen zu schließen, wir bei Kardiasthenie unser Vertrauen in eine entsprechende Kombination von Digitalis und Strychnin legen sollten.

Wachenheim (New-York).

Disse. *Untersuchungen über die Durchgängigkeit der jugendlichen Magendarmwand für Tuberkelbazillen.* (Berl. klin. Wochenschrift 1903, Nr. 1.)

Bei neugeborenen Säugetieren werden nicht nur Schutzstoffe vom Intestinaltraktus aufgenommen, sondern auch Infektionserreger, besonders die Tuberkelbazillen. Während beim erwachsenen Tiere die oberflächlichste Lage der Magenwand aus einer ununterbrochenen Schleimschicht besteht, welche sich aus den Schleimzonen der Epithelzellen zusammensetzt, besteht beim älteren Embryo und beim Neugeborenen die Schleimdecke des Magens aus einzelnen dünnen Pfropfen, die voneinander durch unverändertes Zellprotoplasma getrennt werden. Im Laufe des ersten Lebenstages wächst jeder Schleimpfropf in die Breite, bis er die Grenze seiner Zelle, die ihn umschließt, erreicht hat, bis also eine zusammenhängende Schleimdecke gebildet ist. Dann tritt eine Verdickung der Schleimschicht ein, indem vom Zellprotoplasma her neues Material angelagert wird. Die Zeit, welche bis zur Bildung dieses schützenden Ueberzuges vergeht und welche je nach der Tierespezies von verschieden langer Dauer ist, stellt die kritische Periode dar, während welcher schädigende Faktoren, die der Milch beigemischt sind, z. B. Tuberkelbazillen, vom Magen her in den Organismus eindringen können.

Für die Untersuchung der Schleimschicht empfiehlt Verf. ein besonderes Färbungsverfahren. Keller.

E. v. Behring. *Tuberkulosebekämpfung.* (Ausgearbeitet für einen Vortrag am 12. März 1903 im Wiener Verein für innere Medizin. — Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

Verf.s Instituts-Experimente zum Studium der Tuberkulose-Schutzimpfung von Rindern sind im wesentlichen abgeschlossen; die dabei gewonnenen Erfahrungen lassen sich möglicherweise für die Erprobung eines Schutzmittels im Säuglingsalter des Menschen verwerten. Und dies ist umso wichtiger, da wie beim Rinde auch beim Menschen der Säuglingsinfektion die größte Bedeutung zukommt unter allen Infektionsmöglichkeiten, die epidemiologisch in Frage stehen.

Verf. entwickelt folgenden therapeutischen Gedankengang: Da eine schützende Behandlung tuberkulosebedrohter Kinder schwerlich jemals in ganz gleicher Weise durchführbar sein wird wie bei den Kälbern, nämlich durch intravenöse Einspritzung von lebendem, wenn auch relativ abgeschwächtem Tuberkulose-Virus, und da eine isopathische Immunisierung beim Menschen auf große Schwierigkeiten stößt, hat v. Behring an die Möglichkeit einer Immunisierung durch Antikörpergedacht, welche von tuberkulose-immunen Tieren stammen. Die intestinale Schleimhaut des Neugeborenen ist für die Resorption korpuskulärer Elemente besonders gut geeignet (Disse), anderseits fehlen noch die antibakteriell wirkenden Fermente. Dadurch wird zwar die Infektion begünstigt, gleichzeitig jedoch auch die Passage unveränderter Antikörper durch die Intestinalschleim-

haut hindurch ermöglicht. Die Antikörper werden beispielsweise bei der Ernährung mit Antikörper enthaltender Milch im Blute in beträchtlicher Menge angehäuft. So begründet Verf. die Idee, den menschlichen Säuglingen mit der Milch von tuberkuloseimmun gemachten Kühen Antikörper durch die übliche Art der Ernährung zuzuführen und sie auf diese Weise über die gefährlichste Periode der Tuberkulose-Ansteckungsgefahr hinwegzubringen.

Ob die Idee realisierbar ist, werden die Ernährungsversuche mit Immunmilch an menschlichen Säuglingen zeigen, welche Versuche v. Behring allerdings erst aufnehmen will, wenn im Tierexperiment der unanfechtbare Beweis erbracht ist, daß auf diesem Wege eine Tuberkulose-Immunität bei Kälbern erzeugt werden kann.

Keller.

Runge. *Ein weiterer Fall von Tuberkulose der Placenta.* (Archiv f. Gynäkologie, 68. Bd., 2. Heft.)

Diese Beobachtung aus dem pathologischen Institut in Dresden bereichert die Kasuistik der placentaren Uebertragung der Tuberkulose um einen Fall, der sich vor den früheren Beobachtungen noch dadurch auszeichnet, daß nicht bloß die Chorionzotten, sondern auch die Decidua basalis erkrankt war. - Hohlfeld (Leipzig).

Jabolotnoff. *Zur Pathologie der Nervenzelle bei Abdominaltyphus und Diphtheritis.* (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1903, Nr. 8 und 9.)

Die Untersuchungen des Verf. beziehen sich auf die Veränderungen der Nervenzellen des Rückenmarkes und der Spinalganglien bei Kaninchen und Meerschweinchen nach Einverleibung von Reinkulturen des Eberth'schen und Löffler'schen Bazillus, bezw. des Diphtherietoxins.

Ihre Ergebnisse waren bei Kaninchen, die mit Diphtheriekulturen vergiftet waren, folgende:

1. Die subkutane Applikation der Diphtheriekultur hat eine Veränderung der Nervenzellen des Rückenmarkes zur Folge. Am frühesten und deutlichsten ist das an den Nissl'schen Körperchen in der Form von diffuser Chromatolyse in der Umgebung des Kernes und peripher sichtbar.

2. Die Grundsubstanz der Nervenzelle reagiert verhältnismäßig schwach und nimmt an den pathologischen Veränderungen wenig teil. Ziemlich selten bemerkt man in derselben Vakuolenbildung.

3. Der Kern der Nervenzellen unterliegt zuweilen bedeutenden Veränderungen; derselbe, sowie auch das Kernkörperchen sind oft disloziert.

4. Die protoplasmatischen Fortsätze verändern sich ebenso wie das Protoplasma des Zellkörpers.

5. Die Nervenzellen sind zuweilen von perizellulären Räumen umgeben.

6. In der grauen Rückenmarkssubstanz findet man starke Füllung der Blutgefäße, Austritt roter Blutkörperchen aus den-

selben und sogar kleine Blutungen. Mit Ausnahme eines Falles mit mehr protrahiertem Verlauf fehlte eine Infiltration mit Leukocyten und eine Proliferation der Neuroglia-Elemente.

7. An den Nervenzellen der Spinalganglien wurden keine besonders ausgesprochenen Strukturveränderungen angetroffen.

Diese Veränderungen, welche im wesentlichen mit denen bei den typhusvergifteten Tieren übereinstimmten, waren bei den Meer-schweinchen, die übrigens mit einer Ausnahme nur Diphtherietoxin erhielten, stärker ausgesprochen. Bei chronischem Verlaufe der diphtheritischen Vergiftung wurde Atrophie der Nervenzellen besonders in den Vorderhörnern des Rückenmarkes beobachtet.

Hohlfeld (Leipzig).

Caillé. *Clinical Observations on Circulatory Failure in acute Disease.* (*Klinische Beobachtungen über Kreislaufstörungen bei akuten Erkrankungen.*) (Arch. Pediat., March 1903.)

Eine vorläufige Mitteilung über den Nutzen von Salzinfusion bei Kollapszuständen im Verlauf akuter Krankheiten.

Wachenheim (New-York).

H. Berger. *Gelatine als Hämostatikum und die Behandlung der Aneurysmen.* (Aus der mediz. Klinik in Lemberg.) (Wiener mediz. Wochenschrift 1903, Nr. 11 bis 13, Seite 518.)

Die Anwendungsweise von Gelatine als blutstillendes und blutgerinnendes Mittel ist eine dreifache: 1. die äußere Applikation bei Blutungen aus zugänglichen Höhlen (Epistaxis) in 10% warmer, steriler Lösung; 2. die Darreichung per os in Form eines Gelée, dem als Korrigens Zitronensaft beigemischt ist und das kaffeelöffelweise auch in warmer Lösung (Kakao) genommen wird; 3. die subkutane Injektion mittels sterilisierter Stempelspritze von 50 bis 100 cm³ Inhalt. Die Stelle der Injektion ist verschieden: Abdomen, Oberschenkel, Wade. Die Einspritzung geschieht langsam unter mäßigem Druck, nachheriges Massieren ist nicht empfehlenswert. Menge: 50 bis 100 cm³ einer 1- bis 2%igen Lösung.

Die allgemeinen Reaktionserscheinungen nach der Einspritzung sind meist lebhaft: nach 2 bis 3 Stunden Ansteigen der Temperatur mit oder ohne Schüttelfrost bis über 40° C. (Resorptionsfieber) und Schmerz (Resorptionsschmerz), der mitunter intensiv ist, aber bald nachläßt und mit der Wiederholung der Injektionen an Intensität abnimmt.

Unter dem kasuistischen Material des Verf. befand sich auch ein 15jähriges Mädchen mit Purpura rheumatica, zu der eine hämorrhagische Nephritis hinzutrat. Pat. verblieb vom 2. Mai bis 21. Juni in der Klinik. Sie erhielt täglich 20-0 Gelatine in Form eines Gelées. Ein Effekt der Behandlung konnte nicht konstatiert werden. Die subkutanen Hämorrhagien blaßten zwar allmählich ab und verschwanden gegen den 6. Juni vollkommen, traten jedoch kurz vor der Entlassung neuerlich auf. Ebenso

persistiert der blutige Harn, während der Eiweißgehalt, der ursprünglich 4.7‰ betrug, allmählich auf 2.5‰ abfiel.

Die auf die Behandlung der Aneurysmen bezughabende Kasuistik betraf durchwegs Erwachsene. Die Injektionen gefährdeten übrigens den Organismus nicht und waren oft von Erfolg begleitet.

Unger (Wien).

Klibonski. *Contribution à l'étude de l'hydrothérapie chez l'enfant.* (Thèse de Paris 1902.)

Verf. trägt aus der hydrotherapeutischen Literatur einige Daten zusammen über den Einfluß hydrotherapeutischer Maßnahmen auf die Zirkulation, Respiration, Temperatur und Sekretion. Impionierend sind die mit großer Sicherheit vorgetragenen Versuche, die in jedem Falle erzielte gute Wirkung der hydrotherapeutischen Prozeduren zu begründen. Verf. läßt dazu — je nachdem er es braucht — ein Konflux des Blutes zu den inneren Organen und die entsprechende Anämie in der Peripherie des Körpers zustande kommen und umgekehrt und es gelingt ihm so, die schwierigsten Probleme spielend zu lösen. Diesem theoretischen Teile ist eine Anzahl Krankengeschichten beigelegt, die den günstigen Einfluß feuchter Packungen auf Kranke mit nervösen Erscheinungen dartun sollen. Der überwiegende Teil der berichteten Fälle vermag jedoch durchaus nicht in dem vom Verf. gewünschten Sinne überzeugend zu wirken.

Weigert (Breslau).

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung; Schule.

Engelmann. *Children in Cities. (Die Kinder in den Städten.)* (Annals of Gynec. and Pediatrics, March 1903.)

Eine allgemeine hygienisch-soziale Studie ohne neue Gesichtspunkte.

Wachenheim (New-York).

Foveau de Courmelles. *L'utilisation des instincts.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 2.)

Im Gegensatz zu der vielfach vertretenen Anschauung, daß die Moral eines Menschen das Produkt seines sozialen Mediums und seiner Gewohnheiten sei, sucht Foveau de Courmelles an einer Reihe von Beispielen darzutun, daß die moralischen Eigenschaften — je nachdem Laster, Fehler, Vorzüge oder krankhafte Erscheinungen und Bestrebungen — auf natürlichen Anlagen beruhen, sich jedoch durch die erzieherische Einwirkung auf das Gemüt des Kindes und den Willen zu einem harmonischen Ganzen vereinigen lassen.

Brüning (Leipzig).

Kuhn. *Die Hygiene des Unterrichtes in Frankreich und in Elsaß-Lothringen.* (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, 35. Bd., 2. Heft.)

Die in beiden Ländern bestehenden Vorschriften über Schulpflicht, Geschlechtertrennung oder Geschlechtermischung, Reinhaltung

der Schulräume und Reinlichkeit der Schüler, Kleidung der Schüler, Beginn der Schulzeit, Stundenplan, Pausen, körperliche Übungen, Gesang-, Lese- und Schreibunterricht, freie Tage und Halbtage, Ferien, Schulstrafen werden der Reihe nach verglichen und kritisch besprochen.

Hohlfeld (Leipzig).

Ernährung und Stoffwechsel.

Bartley. *Raw Cow's Milk in Infant Feeding.* (Die rohe Kuhmilch bei der Säuglingsernährung.) (Brooklyn Med. Journ. March 1903.)

Im Einklang mit den neuesten Auffassungen befürwortet Verf. entschieden den Gebrauch der rohen statt der sterilisierten Milch. Die Gefahren inbezug auf Infektionen bei der ersteren wären durch strenge gesundheitsamtliche Kontrolle zu vermeiden.

Wachenheim (New-York).

Schloßmann. *Ueber die Bedeutung kalorimetrischer Untersuchungen für klinische Zwecke.* (Berl. klin. Wochenschrift 1903, Nr. 12.)

Verf. weist darauf hin, daß der Wert, den kalorimetrische Untersuchungen auch für die Lösung klinischer Fragen haben, unterschätzt wird. Die vergleichende Bestimmung des Brennwertes der Nahrung mit dem des ausgeschiedenen Kotes stellt seiner Meinung nach die beste Funktionsprüfung für den Verdauungsapparat dar und ist der chemischen Analyse an praktischer Bedeutung vorzuziehen.

Der Hempel'sche Apparat (kostet ca. 250 Mk. mit den Nebenapparaten) ist einfach zu handhaben und die Genauigkeit der Resultate ist nach Verf. eine sehr große, „jedenfalls weitaus größer, als bei klinischen Arbeiten vonnöten ist“.

Keller.

Pacchioni. *Ein Fall von Hepatitis mit schwerer Gelbsucht bei von nephritischer Mutter ernährtem Säugling.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 3.)

Bei einem vier Monate alten Säugling, nur an Mutterbrust ernährt, erschien plötzlich Gelbsucht und das Kind starb 24 Stunden nach seiner Aufnahme in die Klinik. Im Blute 2,600.000 Erythrocyten, 15.695 Leukocyten; Hämoglobin (Fleischl 5:5). Leber normal an Größe; nichts Besonderes für die anderen Organe. Mikroskopisch: Fettdegeneration der Leber und der Milz; kein Mikroorganismus in den Organen. Bei Mutter: Nephritis.

Bei diesem Falle schließt Verf. eine Intoxikation durch bakterizide Gifte und einen Darmursprung der schweren Krankheit aus und meint, daß die Intoxikation mit der Nierenentzündung der Mutter in Beziehung stehe.

Mya hat schon bemerkt, daß ein eklamptischer Säugling, von nephritischer Mutter ernährt, sich besserte, als die Mutter ihn nicht mehr stillte.

D. Crisafi (Florenz).

Ausset et Brassart. *Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 8.)

Die Verf. lenken nochmals die Aufmerksamkeit auf die bei akuten und chronischen Magendarmstörungen sich einstellenden Gehirnsymptome, die schon von Concetti, Marfan, Hutinel u. a. genau beobachtet wurden. Die Erkenntnis der meningealen Reizerscheinungen, welche sowohl infolge hyperämischer Fluxion, als auch durch seröse, eitrige oder chronisch-sklerosierende Prozesse im Gehirne bedingt sein können, ist für die Prognose und die Behandlung des einzelnen Falles, wie eine Reihe eigener und aus der Literatur zitierter Beobachtungen zeigt, von der weittragendsten Bedeutung. Die einzelnen Formen genau zu unterscheiden, ist sehr schwierig und häufig genug unmöglich; die klinischen Symptome sind wegen ihrer Inkonstanz nicht zu verwerten; die Lumbalpunktion ist nur bei positivem Befunde mit Sicherheit diagnostisch brauchbar, negativer Ausfall spricht jedoch nicht gegen Meningitis; wertvoll ist das Kernig'sche Phänomen; der Befund von Formelementen (Lymphocyten und Leukocyten) in der Cerebrospinalflüssigkeit ist auch schwankend und differentialdiagnostisch nur mit großer Vorsicht zu verwerten. Die Prognose ist stets dubia, jedoch kommt es nicht selten vor, daß Fälle mit den beunruhigendsten Erscheinungen noch zur Heilung kommen. Die meningealen Reizerscheinungen bei Magendarmstörungen finden sich fast ausnahmslos bei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahre, bei älteren kommen sie nur sehr selten zur Beobachtung. Kinder nervöser und arthritisch veranlagter Eltern, sowie solche, die von Luetikern und Alkoholikern abstammen, sind prädisponiert; ob Tuberkulose ebenfalls in diesem Sinne wirkt, ist fraglich. Meist handelt es sich um chronisch-rezidivierende Störungen vonseiten des Magendarmtrakts, durch welche entweder Bakterien selbst oder die von ihnen durch Zersetzungsprozesse im Darne geschaffenen Toxine in die Blutbahn gelangen und ihre schädlichen Reizwirkungen auf die Ganglienzellen der Zentralorgane entfalten. Auffallend ist hierbei der große Prozentsatz von Kindern, welche an Rhachitis leiden; doch beruht deren Prädisposition nicht, wie Kassowitz annehmen zu müssen glaubt, auf einer mit Hyperämie der Schädelknochen einhergehenden Blutüberfüllung des Gehirnes, sondern auf den bei derartigen Individuen häufiger bestehenden Magendarmstörungen. Bei letzteren sind namentlich auch sehr oft Leber und Nieren erkrankt, so daß die Elimination toxischer Substanzen mit Hilfe dieser Organe darniederliegt. Die therapeutischen Maßnahmen sind natürlich dem Einzelfalle anzupassen, Magendarmspülungen und Hydrotherapie u. a. wohl in allen Fällen am Platze. Brünig (Leipzig).

J. Paternó. *Ricerche sull' anatomia patologica dell' atresia del Parrot.* (La pediatria 1903, Nr. 2.)

Diese Arbeit ist eine Fortsetzung anderer in der Klinik des Prof. Fede ausgeführter Arbeiten. Verf. hat seine Versuche mit

kleinen Hunden gemacht und pathologische Erscheinungen im Magendarmkanal dieser Tiere beobachtet. In keinem Organ fand er histologische Veränderungen, denen er Athrepsie zuschreiben könnte.

Dotti (Florenz).

Jennings. *A Case of Auto-intoxication with neutral Magnesium Phosphate in the Urine. (Ein Fall von Autointoxikation mit neutralem Magnesiumphosphat im Urin.)* (Arch. Pediat., March 1903.)
Wachenheim (New-York).

W. Cronheim und Erich Müller. *Untersuchungen über den Einfluß der Sterilisation der Milch auf den Stoffwechsel des Säuglings unter besonderer Berücksichtigung der Knochenbildung.* (Jahrbuch f. Kinderheilk., 57. Band, 1903, S. 45.)

Die vorliegenden Untersuchungen, im tierphysiologischen Institute der landwirtschaftlichen Hochschule zu Berlin ausgeführt, schließen sich an eine frühere Arbeit der Verff. (referiert Seite 18, Bd. I dieser Monatsschrift) an. An zwei gesunden Kindern eines Säuglingsheimes wurde je ein aus zwei viertägigen Perioden bestehender Doppelversuch ausgeführt. Während beider Perioden erhielt jedes Kind dieselbe Menge Milch von derselben Beschaffenheit, einmal roh, in der anderen Periode bei 102—103° sterilisiert. In Nahrung, Harn und Kot werden dieselben Bestimmungen ausgeführt wie in den früheren Untersuchungen.

Aus den Resultaten ziehen die Verff. den Schluß, daß Fett und Eiweiß der sterilisierten Milch besser verdaut, resp. assimiliert werden als in der rohen Milch, daß dagegen durch die Sterilisation der Milch der Kalkstoffwechsel ungünstig beeinflusst wird. Betrachten wir die Zahlen und Tabellen, so ergibt sich einigermaßen deutlich nur der Unterschied in der Fettausnützung beider Versuchsperioden; außerdem wird in dem Versuch I das Verhältnis von Phosphor im Urin und Kot verschoben, insofern als bei sterilisierter Milch mehr Phosphor im Kot, weniger im Harn ausgeschieden wird. Die Differenzen im Kalkstoffwechsel sind in Versuch I zu gering, um einen Schluß zu rechtfertigen, im Versuch II besteht gar keine Differenz. Die Verff. schließen daraus, daß „sehr gesunde“ (gibt es eine Steigerung von gesund?) wohl in der Lage sind, ihren Kalkbedarf aus sterilisierter Milch ebenso gut wie aus roher zu decken.

Keller.

Klinik der Kinderkrankheiten.

Stoeltzner. *Pathologisch-anatomische Befunde an den Weichteilen Rhachitischer. Gibt es eine viscerale Rhachitis?* (Charité-Annalen 1903.)

Verf. sichtet die vorliegenden pathologisch-anatomischen Befunde an den visceralen Organen Rhachitischer und stellt fest, daß sich an keinem der in Betracht kommenden Organe mit Sicherheit

Veränderungen feststellen lassen können, die für die Rhachitis typisch und konstant wären; vielmehr seien die vorgefundenen anatomischen Abweichungen stets auf komplizierende Erkrankungen zu beziehen. Nur bei dem benignen Hydrocephalus und der sogenannten Gehirnhypertrophie glaubte Stoeltzner die ätiologische Bedeutung der Rhachitis nicht sicher ausschließen zu können.

Weigert (Breslau).

L. Concetti. *La cura del fosforo nel rachitismo.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 1.)

Verf. rät, in der Phosphorkur gegen Rhachitis, Phosphor (10 cg) in Aether (10 bis 15 g) noch vor Zusatz von 25 bis 30 g Mandelöl zu lösen. Im Wasserbade wird dann der Aether eliminiert und das Gemisch circa einem Liter Lebertran zugesetzt. Verf. tritt in die Reihe derer, die an die Wirksamkeit der Phosphorkur bei Rhachitis glauben, und will eben den Beweis dafür erbringen, damit diese Heilmethode in der Praxis Anwendung finde. Er erwähnt einige (zwölf) der erwiesensten und beweiskräftigsten klinischen Fälle und hält die Wirksamkeit in den mit Krämpfen verbundenen Rhachitisfällen für noch bedeutender. Die nervösen Erscheinungen wären nicht, wie einige (Elsässer, Kassowitz) annehmen, eine Folge der Knochenrhachitis und auch ihre Heilung von letzterer unabhängig, u. zw. mit der Wirksamkeit eng verbunden, die der Phosphor auch auf das Nervensystem ausübt. Ob nun die Wirkung des Phosphors darin bestehe, die toxischen Substanzen zu neutralisieren oder das Nervensystem gegen jene widerstandsfähiger zu machen, bleibt für Verf. dahingestellt und die Erklärung seiner Wirksamkeit ein Problem der Zukunft.

Dotti (Florenz).

Abt. *Treatment of Rickets.* (Die Behandlung der Rhachitis.) (Clinical Review, Chicago, March 1903.)

Nach kurzem Hinweise auf Pathologie und Symptome widmet Verf. den größten Teil seines Aufsatzes der Therapie. Diese besteht erstens in entsprechender Hygiene, daneben in Darreichung von Lebertran und Phosphor. Andere Medikamente sind minderwertig.

Wachenheim (New-York).

Albarel. *Le traitement du rhachitisme à la fin du 18. siècle et de nos jours.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 9.)

Im Anschlusse an die aus dem Jahre 1792 stammende Denkschrift Pujols über die Behandlung der Rhachitis weist Albarel darauf hin, daß die heute üblichen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen schon größtenteils auch von Pujol empfohlen worden sind; namentlich hat Pujol den Phosphor zuerst bei Rhachitis angewendet in Form des Acid. phosphor. Der Lebertran wurde in Frankreich erst im Jahre 1827 durch Bretonneau eingeführt.

Brüning (Leipzig).

S. Vere Pearson. *The Differential Diagnosis between Croupous and Catarrhal Pneumonia in Infants.* (Practitioner, April 1903.)

Pearson gibt eine klinische Schilderung der kruppösen und der Bronchopneumonie im Kindesalter und bespricht eingehend die Aetiologie, pathologische Anatomie, Verlauf, Prognose und Differentialdiagnose der beiden Krankheitsbilder. Die kruppöse Pneumonie ist im frühen Kindesalter häufiger, als gewöhnlich angenommen wird; Auswurf und Schüttelfrost fehlen dabei fast immer, im übrigen gleicht sie der kruppösen Pneumonie der Erwachsenen, nur ist bei Kindern der Husten geringer und Herpes selten. Manche Formen imponieren, wie namentlich von Ashby hervorgehoben, klinisch als Bronchopneumonien und doch findet man mikroskopisch in den Acini fibrinöses Exsudat. Zweifellos gibt es Mittelformen, die streng genommen keinem der beiden Krankheitsbilder zugereicht werden können. Verf. berechnet für kruppöse Pneumonie eine Durchschnitts-Mortalität von 12% für Kinder unter zwei Jahren, während dieselbe für Bronchopneumonie 70% betrug. Am ungünstigsten sind die sekundären Bronchopneumonien im Anschlusse an Infektionskrankheiten.

Karl Fürth (London).

Porcelli. (Livorno.) *Della Splenopneumonia, o malattia di Grancher.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 3.)

Verf. berichtet über einen Fall eines sechsjährigen Kindes, bei dem die meisten Symptome für reichlichen pleuritischen Erguß zeigten, wenige andere für Pneumonie. Aus dem Ganzen des klinischen Bildes, aus dem negativen Erfolge der Punktion, aus der mangelnden Zunahme des halben Brustumfanges, aus der mangelnden Verlagerung der Bauchorgane und des Herzens, aus der Gegenwart feiner Rasselgeräusche an der Basis schließt Verf. auf Splenopneumonie.

Dotti (Florenz).

Fischer. *Two Cases of Cerebral Pneumonia and their Treatment.* (Zwei Fälle von cerebraler Pneumonie und ihre Behandlung) (Arch. Pediatrics, Februar 1903.)

Keine neuen Anhaltspunkte. Wachenheim (New-York).

Nobécourt et Roger Voisin. *Ponctions lombaires dans les infections broncho-pulmonaires des enfants.* (Bulletins de la société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 3, Seite 100, und Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Seite 145.)

Die Verff. haben an 31 mit Bronchopneumonie erkrankten Kindern Lumbalpunktionen ausgeführt. Sieben von diesen Kindern wiesen keine meningitischen Erscheinungen auf, die übrigen zeigten mehr oder weniger ausgesprochene cerebrale Symptome. Bei der ersten Serie konnte stets nur wenig Lumbalflüssigkeit entleert werden; dieselbe war stets spärlich, klar und steril und enthielt höchstens Spuren von Eiweiß und wenige oder gar keine Lymphocyten und Leukocyten. Bei den übrigen — mit meningitischen

Symptomen komplizierten — Fällen von Bronchopneumonie konnte stets reichlich (bis 35 cm³) Lumbalflüssigkeit entleert werden. Diese war meist eiweißhaltig, klar und steril und enthielt in der Hälfte der Fälle Leukocyten oder Lymphocyten. In zwei Fällen war die Flüssigkeit trübe und enthielt Diplokokken (Pneumokokken) und Staphylokokken. Trotzdem also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Beschaffenheit der Lumbalpunktion einen gutartigen Charakter hatte, wurden doch von 24 Patienten, die meningitische Erscheinungen aufwiesen, nur vier geheilt. Die Verf. schließen hieraus, daß die Lumbalpunktion in diesen Fällen nicht geeignet ist, dem Kliniker bezüglich der Prognosestellung einen Dienst zu erweisen.

Weigert (Breslau).

Bernd. *A Case of Double Mitral Disease, probably congenital. (Ein Fall von doppelter Mitraliserkrankung, wahrscheinlich congenital.)* (Arch. Pediatrics, Jänner 1903.)

Im Falle Bernds bestand ein Schnurren im zweiten linken Interkostalraum, ein doppeltes Geräusch an der Spitze, beide zweiten Töne verstärkt. Dämpfungsverbreiterung wegen hochrhachitischen Thorax kaum zu verwerten. Keine Nekropsie. Verf. stellt Diagnose einer kongenitalen Mitralerkrankung lediglich wegen Mangel an anamnestischen Daten in Bezug auf Rheumatismus u. dgl. (Wohl ungenügender Beweis, Fall vielleicht doch nicht mitral? Ref.)

Wachenheim (New-York).

Zuppinger. *Zur Kenntnis der diffusen chronischen Myokarditis bei Kindern.* (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. XXXV, S. 381.)

Die ausführlichen Krankengeschichten zweier Fälle, die post mortem das anatomische Bild der chronischen Entzündung des Herzmuskels darboten. In einem Falle hatte sich das Krankheitsbild im Anschlusse an eine Diphtherie entwickelt, im anderen blieb es ätiologisch unaufgeklärt. Eine kurze Erörterung des Krankheitsverlaufes, der Prognose und der Therapie bildet den Schluß.

W. Freund (Breslau).

Eversmann. *Beitrag zur Frage der Actiologie der Entbindungs-lähmungen der oberen Extremität.* (Archiv f. Gynäkologie, 68. Bd., 1. Heft.)

Ein Fall von oberer Plexuslähmung bei einem aus erster Schädellage gewendeten und extrahierten Kinde, der insofern bemerkenswert ist, als die Sektion 2¹/₂ Monate post partum an der Stelle des fünften Cervikalnerven, wo derselbe bereits durch die Fasern des sechsten verstärkt ist, eine bindegewebige Verdickung nachwies, welche die Kontinuität der Nervenfasern unterbrach. Es handelte sich also zweifellos um eine Zerreißung der Nerven, deren Zustandekommen bei der Extraktion Verf. in anschaulicher Weise schildert.

Hohlfeld (Leipzig).

W. Degré. *Ueber Hydrocephalus chronicus, dessen Entstehung, Prophylaxe und Behandlung.* (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 13 bis 16, Seite 604.)

Der Verf. kommt, ohne im übrigen neue Gesichtspunkte in ätiologischer und therapeutischer Beziehung beizubringen, zu dem Ergebnisse, daß bei den angeborenen Hydrocephalen höheren Grades alle angeführten chirurgischen Eingriffe keinen dauernden Erfolg haben, daß man aber jedenfalls bei gesteigertem Drucke volle Berechtigung hat, dieselben in Anwendung zu bringen, umsomehr, als die Darreichung innerer Mittel ganz erfolglos, zumindest unfähig ist, eine rasche Beseitigung der drohenden Symptome zu bewirken.

Unger (Wien).

v. Bókay. *Ueber den Wert der systematischen Lumbalpunktion bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde LVII, Nr. 2, Seite 229.)

Auf Grund guter Erfolge an großem Material empfiehlt Verf. die Quincke'sche Lumbalpunktion für die Behandlung des chronischen Hydrocephalus internus. v. Bókay wiederholt die Punktionen in etwa vierwöchentlichen Intervallen und entleert jedesmal bis höchstens 50 bis 60 cm³ Cerebrospinal-Flüssigkeit.

Weigert (Breslau).

Elterich. *Report of a Case of Tetany.* (Bericht eines Falles von Tetanie.) (Arch. Pediat., March 1903.)

Das Kind hatte einen chronischen Darmkatarrh. Nichts Neues.
Wachenheim (New-York).

J. A. Contts. *A Case of acute Ependymitis in an Infant.* (Lancet, April 25, 1903.)

Drei Monate altes weibliches Brustkind, bisher gesund. Seit zwei Tagen an Durchfall und Erbrechen erkrankt. Am Tage der Aufnahme in das Hospital Konvulsionen, die etwa eine Viertelstunde andauern. Status praesens: Pupillen gleich weit, Strabismus convergens, Respiration unregelmäßig, Puls wechselnd, Patellarreflexe sehr verstärkt, Kernigs Phänomen fehlend. Mäßige Rückwärtsbeugung des Kopfes, ohne ausgesprochene Nackenstarre. Große Fontanelle vorgetrieben, sagittale und frontale Nähte weit offen. Kind konnte nicht saugen und mußte nasal ernährt werden. Das Krankheitsbild änderte sich wenig bis zum Tode nach sechs Wochen. Es bestand intermittierendes Fieber, gegen Ende des Lebens höher ansteigend. Dauernd gesteigertes Kniephänomen, häufige allgemeine Konvulsionen, zuletzt starker Opisthotonus. Bei der Sektion zeigten sich alle Hirnhöhlen stark erweitert und mit trübem dickflüssigem Eiter gefüllt. Ependym dick mit Eiter belegt, die Venen stark erweitert. Hirnhäute und Wandungen der Seitenventrikel sehr abgeflacht mit punktförmigen Blutungen. Im übrigen Hirnhäute und Hirnsubstanz ohne Veränderung. Der Eiter enthielt mikroskopisch und bakteriologisch Reinkulturen von Strepto-

kokken. Contts bespricht die Schwierigkeit der Differentialdiagnose in vivo zwischen Meningitis und Ependymitis.

Karl Fürth (London).

G. Berghinz. *Un caso di meningite cerebrospinale da meningococco intracellulare.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 1.)

Verf. berichtet die Krankheitsgeschichte eines dreijährigen Mädchens, dessen Sektion zweifelloso Symptome einer cerebrospinalen Meningitis ergab. Es konnte durch die bakteriolog. Untersuchung bestätigt werden, daß es sich um Meningokokkus handelte. Die Bedeutung dieser Resultate ist, daß der Mikroorganismus den Charakter des ersten Typus Weichselbaum und des zweiten Jäger-Heubner an sich trägt.

Dotti (Florenz).

Muir. *Analysis of 26 Cases of Mongolism.* (Eine Analyse von 26 Fällen von Mongolismus.) (Arch. Pediat., March 1903.)

Aetiologie ist unbekannt. Das männliche Geschlecht wiegt in geringem Grade vor. Brachycephalie und langes Offenbleiben der Fontanellen sind regelmäßig vorhanden, die Gesichtszüge sind abgeflacht, Strabismus resp. Nystagmus häufig, ebenfalls der charakteristische Epicanthus. Der Mund wird offengehalten, die Zunge ragt mäßig hervor, ist aber nicht besonders vergrößert, adenoide Vegetationen fehlen nie und Gaumendeformitäten kommen in zwei Dritteln der Fälle vor. Der Zahnwuchs ist verzögert und unregelmäßig, die Zähne selbst faulen leicht. Haar und Haut sind gewöhnlich normal. Das allgemeine Wachstum steht zurück, Fingerverkrümmungen sind pathognomonisch, die Ligamente sind schlaff, die Verbindung mit kongenitalen Herzfehlern auffallend häufig. Geistesentwicklung nicht immer subnormal, die Sprache gewöhnlich verspätet, verschiedene Entartungsstigmata fehlen selten, Temperatur oft subnormal.

Wachenheim (New-York).

Engelmann. *Sporadic Cretinism in Children.* (Sporadischer Kretinismus bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Ass., 14. Februar 1903.)

Wachenheim (New-York).

Caillé. *Sudden Death of Infant six months old, Due to Compression of Blood Vessels by Enlarged Thymus Gland.* (Plötzlicher Tod bei einem sechsmonatlichen Kinde infolge von Gefäßkompression durch die vergrößerte Thymusdrüse.) (Arch. Pediat., March 1903.)

Wachenheim (New-York).

Karl Walz. *Plötzlicher Tod bei Status lymphaticus. Ein Beitrag zur Frage des Thymustodes.* (Medizin. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 15, Seite 245.)

Der Fall betrifft einen 18jährigen Fabrikarbeiter, der schwach begabt, aber immer vollständig gesund gewesen war und insbesondere nie an Epilepsie gelitten hatte. Er wurde am Rücken liegend tot aufgefunden und gerichtlich obduziert. Eine sichere

Todesursache hatte die Sektion nicht ergeben, hingegen fand sich in charakteristischer Weise das Bild des Status lymphaticus: vergrößerte Tonsillen, vergrößerte Follikel am Zungengrund, noch vorhandene große Thymus (ein Lappen 7 cm lang, 2 cm breit, $\frac{3}{4}$ cm dick, der andere 8, 3 und 1 cm), Milztumor, Schwellung der Mesenterialdrüsen und der Follikel des Darmes, so daß Walz sich für den vorliegenden Fall vollständig der Ansicht A. Paltauf's anschließen zu müssen glaubt, daß die Grundlage des ganzen Krankheitsbildes die lymphatische Konstitution ist. Es kann hier sogar von einer lymphatisch-chlorotischen Konstitution gesprochen werden, da das Ostium aortae mit seinem Umfang von 6 cm eine deutliche Verengung aufweist. Was die Bedeutung der Thymus im vorliegenden Falle anbelangt, so möchte der Verf. ihr keine wesentliche Rolle zuteilen, wie er überhaupt der Ansicht ist, daß bei dem sogenannten Thymustode der Blick nicht einseitig auf die Thymus allein zu richten sei. Wohl kann die Drüse durch Kompression der Trachea den Tod herbeiführen, in den meisten Fällen ist aber ihre Vergrößerung hierzu doch zu geringfügig, so daß als anatomische Grundlage für die Erklärung des Todes nur die lymphatische Konstitution übrig bleibt. Die übrigen epikritischen Bemerkungen vergleiche im Original.

Unger (Wien).

Ely. *Cyclic Vomiting in Children.* (Zyklisches Erbrechen bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Ass., 28. März 1903.)

Verf. führt dieses Symptom auf gichtische und neurotische Belastung zurück. In den drei beschriebenen Fällen konnte man in der Aszendenz Migräne, Arteriosklerose u. dgl. eruieren. Therapeutisch war Verf. oft zu Morphinum mit Atropin gezwungen, systematische Behandlung bestand in Ernährung durch die Magensonde oder per rectum, bei Kollapszuständen Infusion.

Wachenheim (New-York).

F. Alt. *Die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Ohres.* (Vortrag im Wiener medizinischen Doktorenkollegium.) (Wiener med. Presse 1903, Nr. 16, Seite 753.)

Alt bespricht die innigen und mannigfaltigen Beziehungen zwischen den Erkrankungen der beiden Organe, ohne im übrigen neue Gesichtspunkte beizubringen. Die in den Vortrag eingestreute Kasuistik ist im Original nachzusehen.

Unger (Wien).

Treitel. *Ueber die Ergebnisse der Untersuchungen in der Taubstummenanstalt zu Weißensee und über den Wert der Hörübungen.* (Vortrag in der Berl. medicin. Gesellschaft am 3. Dezember 1902.) (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

Verf. hat in der israelitischen Taubstummen-Anstalt in Neu-Weißensee 43 Kinder (27 Knaben und 16 Mädchen) auf ihr Gehör mit der kontinuierlichen Tonreihe (Bezold) und der Sprache untersucht. Außer der Hörfähigkeit wurde die Beschaffenheit der Hörorgane und der oberen Luftwege untersucht, ferner

festgestellt, was Verwandtschaft und Erblichkeit betraf, ob die Taubstummheit angeboren oder erworben war. Die Untersuchung mit der kontinuierlichen Tonreihe hat große Unterschiede in der Hörfähigkeit ergeben, vom vollkommenen Gehör bis zur Taubheit. Diese Art der Prüfung ist für wissenschaftliche Zwecke notwendig, im allgemeinen dürfte aber für die praktische Beurteilung die Prüfung mit Vokalen und Worten ausreichen. Keller.

Myles. *Remarks concerning the Management and Treatment of the Rhino-pharyngeal Tonsils by the General Practitioner.* (Bemerkungen über die Behandlung der Nasenrachen-Tonsillen seitens des Familienarztes.) (Journ. Amer. Med. Ass., 21. März 1903.)

Wachenheim (New-York).

Lautenbach. *Recognition and Prompt Removal of Post-nasal Adenoids in Children.* (Die Erkennung und prompte Entfernung der postnasalen Wucherungen bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Ass., 28. März 1903.)

Wachenheim (New-York).

von Düring. *Ueber Syphilis-Immunität, besonders in Hinsicht auf das sogenannte Profeta'sche Gesetz.* (Berl. klin. Wochenschrift 1903, Nr. 1.)

Angeblich soll in alle Lehrbücher als „Profeta'sches Gesetz“ der Satz übergegangen sein, daß die Nachkommen Syphilitischer mehr oder minder dauernd gegen Syphilisinfektion immun seien. Von dieser Immunität ist in praxi nichts zu finden: eine vererbte Immunität gegen Syphilis, ja nur eine Abschwächung der Syphilisinfektion bei Nachkommen Syphilitischer gibt es nicht.

Auch das wirklich von Profeta ausgesprochene Gesetz, daß ein gesundes, d. h. symptomfreies Kind, von einer syphilitischen Mutter geboren, von dieser oder von einer syphilitischen Amme gesäugt werden kann, ohne angesteckt zu werden, glaubt Verf. als ungültig ablehnen zu müssen. (S. Referat in dieser Monatsschrift, I. Band, S. 525.)

Keller.

Fruhinscholz. *Étude de 95 cas de syphilis infantile.* (Revue d'hygiène et de médecine infantiles, Tome II, Nr. 1.)

Die rein deskriptiv gehaltene und mit zum Teile vorzüglichen Abbildungen ausgestattete klinisch-anatomische Arbeit ist für ein Referat wenig geeignet. Sie gibt dem Referenten nur Veranlassung, wieder einmal auf die verschwommenen diagnostischen Anschauungen hinzuweisen, die uns immer wieder in den Arbeiten französischer Autoren über hereditäre Lues entgegenreten und uns die Verwertbarkeit des von ihnen beigebrachten Tatsachenmaterials unmöglich machen. Wir können uns auch weiterhin nicht dazu verstehen, die Rhachitis, den Hydrocephalus, Krämpfe, Hemiplegien, Imbezillität, Entwicklungshemmungen und vieles andere — ganz besonders an Kindern, die nicht sonst nachweisbarluetisch waren — ohneweiters alsluetische Symptome oder Folgeerscheinungen aufzufassen.

Damit ist natürlich bis auf weiteres jede Verständigung über klinische Fragen, die die hereditäre Lues betreffen, ausgeschlossen.
W. Freund (Breslau).

E. Finger. *Ueber die Vererbung der Syphilis.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 14, Seite 697.)

Polemische Erwiderung gegen Matzenauer.

Unger (Wien).

R. Matzenauer. *Ueber die Vererbung der Syphilis.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 17, Seite 805.)

Polemische Erwiderung gegen Finger.

Unger (Wien).

E. Finger. *Entgegnung auf vorstehenden Artikel.* Ibidem. Seite 812.
Zum Referate nicht geeignet.

Unger (Wien).

Salomon. *Arthrites multiples suppurées à pneumocoques chez un syphilitique héréditaire.* (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris 1903, Nr. 2.)

Mitteilung eines Falles von multiplen Gelenksvereiterungen bei einem hereditär-syphilitischen Säugling von 2½ Monaten. Das Interesse der Beobachtung liegt nach der Meinung des Verf. in der Multiplizität der Erkrankung und in dem erbrachten Nachweise der ausschließlichen Anwesenheit von Pneumokokken in den vereiterten Gelenken.

W. Freund (Breslau).

Swift. *A case of Rheumatic Purpura.* (Ein Fall von Purpura rheumatica.) (Arch. Pediatrics, Jänner 1903.)

Wachenheim (New-York).

Mitchell. *Amygdalitis followed by Appendicitis, Nephritis and Endocarditis.* (Amygdalitis, gefolgt von Appendicitis, Nephritis und Endokarditis.) (Arch. Pediat., March 1903.)

Kurze Beschreibung des Falles: Verf. will die Amygdalitis als primäre Erkrankung auffassen.

Wachenheim (New-York).

Cardamatis. *Un cas de Noma, guéri radicalement par une méthode particulière.* (Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 3, Seite 134.)

Die Methode bestand in dreistündlichen Waschungen mit 1½prozentiger Salizylsäure-Lösung und häufigem Austupfen der Mundhöhle mit Wattebauschen, die mit Kal. permangan. getränkt waren.

Weigert (Breslau).

O. Cozzolino. *Intorno all' eritema scarlattinoforme desquamativo recidivante.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 2.)

Verf. hat zwei Fälle beobachtet und zieht daraus folgende Bemerkungen: 1. Es besteht eine Form scharlachartigen, abschuppenden, recidivierenden Erythems, welche von allen Infektionskrankheiten und Arzneivergiftungen unabhängig ist. 2. Diese Krank-

heit soll als eine allgemeine Toxininfektion und als Toxidermie, von chemischen oder bakteriischen Erregern herkommend, betrachtet werden. 3. In vielen Fällen muß die Krankheitsursache in Selbstvergiftungen gefunden werden. 4. Die Krankheit hat fast immer eine günstige Prognose. 5. Die große Mehrzahl des rezidivierenden Scharlachs, der von vielen Verfassern für einen solchen gehalten wird, gehört der Meinung des Verf. nach zu den scharlachartigen Erythemen. Dotti (Florenz).

M. Flaniani. *Contributo allo studio della batteriuria nel tifo.* (Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 2.)

Verf. forscht nach dem Eberth'schen Bazillus im Harne von typhösen Fieberkranken. Aus acht Fällen der römischen Kinderklinik schließt er nun, daß sich Bakteriurie bei Typhus häufig vorfindet (sieben Fälle von acht). Es kann auch Bakteriurie ohne Albuminurie vorkommen, jedoch eine größere Menge Eberth'scher Bazillen auftreten und aus dem Harn eine Nierenveränderung (Nierenepithel, Zylinder) nachgewiesen werden. Bazillen sehr zahlreich, auch in vorgeschrittener Rekonvaleszenz im Harn beinahe in unveränderter Zahl. Uebergang der Bazillen in Harn erst von der zweiten Woche an. Dotti (Florenz).

N. Swoboda. *Ueber Vaccina generalisata.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 17 bis 19, Seite 798.)

Verf. berichtet über einen selbstbeobachteten Fall von durch Autoinokulation entstandener Vaccina generalisata (spuria) bei einem zehnmonatlichen, mit Furunkeln und Ekzem der Hals- und Ohrgegend behafteten Arbeiterkinde, welches am 22. Mai 1899 zum erstenmale und am Kontrolltage (29. Mai 1899), da sich nur eine einzige kaum hirsekorngroße Pustel entwickelt hatte, vom Amts- arzte neuerdings an drei weiteren Stellen geimpft worden war. Am neunten Tage nach der ersten und am zweiten Tage nach der zweiten Impfung kam es zur ersten und am dreizehnten, resp. sechsten Tage zur Eruption einer großen Anzahl typischer Vaccinepusteln an der Vorder- und Hinterfläche der rechten, resp. linken Ohrmuschel und der Halshaut. Die Pusteln konfluerten stellenweise, wurden zerkratzt und verwandelten sich in unreine Geschwüre und in der Folge fielen die ganze rechte und die untere Hälfte der linken Ohrmuschel nekrotisch ab, während Trommelfell und Hörvermögen ungestört blieben und das Ekzem in rasche und dauernde Heilung überging. An den Impfstellen der zweiten Impfung kam es nicht zur Pustelbildung.

Zur Verhütung der Vaccina generalisata (spuria) empfiehlt Swoboda schließlich folgende Maßnahmen: 1. Ausschluß kranker Kinder von der Impfung. 2. Den Impf-Schutzverband. 3. Verimpfung möglichst kleiner Lymphmengen und baldiges Entfernen des Ueberschusses. 4. Einschränkung der Massenimpfung.

Unger (Wien).

Arthur Holub. *Ein Fall von Kopftetanus mit Hypoglossusparese, geheilt nach Duralinfusion mit Behring'schem Antitoxin.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 17.)

Es handelte sich um einen elfjährigen Knaben, bei dem am dritten Tage nach einer Verletzung, die durch einen Steinwurf an der Schläfe entstanden war, sich die ersten Zeichen des Tetanus gezeigt hatten. Es bestand gleichzeitig Facialisparese. Vom sechsten Krankheitstage an erhielt Pat. täglich in leichtester Narkose subdurale Infusionen von 100 A.-E. Behring'schen Serums. Als nach zwei Wochen die Erscheinungen des Tetanus und der Facialisparese geringer geworden waren, zeigte sich erst deutlich ein Abweichen der vorgestreckten Zunge nach links. In der nächsten Woche traten des öfteren unter Fieberbewegungen reißende Schmerzen im Kreuz ein. (Traumatische Irritation der Meningen infolge der wiederholten Punktionen.) Druckempfindlichkeit des Ischiadikus, andauernde Steigerung des Patellar-Sehnenreflexes etc.

Ausführliche kritische Bemerkungen, der Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und der Therapie des Falles geltend, entziehen sich dem Referate und sei diesbezüglich auf die Originalarbeit verwiesen.

Neurath (Wien).

Ch. Mongour. *Note sur les injections intra-veineuses de sérum antidiphthérique.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 9.)

Unter kurzem Hinweis auf die zuerst von Perini, Silva und Gagnoni vorgeschlagene und angeblich bei schwerer toxischer Diphtherie mit gutem Erfolg ausgeführten intravenösen Seruminjektionen behandelte Mongour in dieser Weise zwei Kinder im Alter von neun und zehn Jahren mit Diphtherie und Gaumensegel-, bzw. Augenmuskel-Lähmung; die Kinder konnten nach zwei bis drei Wochen geheilt entlassen werden. Auch ein Fall von nichtdiphtherischer Angina bei einem 36jährigen Manne wurde durch endovenöse Serumeinspritzung günstig beeinflußt. Mongour empfiehlt mit Rücksicht auf das schnelle Zurückgehen der Drüenschwellungen und der Lähmungserscheinungen in schweren, für gewöhnlich aussichtslosen Fällen das Diphtherieserum nicht subkutan, sondern intravenös anzuwenden.

Brüning (Leipzig).

R. Goepfert. *Considérations sur quelques symptômes et sur le traitement de la diphthérie à propos des cas observés au service des enfants.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 9.)

Goepfert schildert an einzelnen Beispielen das Verhalten der Temperatur und des Pulses (Verlangsamung), die Komplikation der Diphtherie mit Gaumensegel-Lähmung, Albuminurie und das Auftreten von Serumexanthenen und Temperatursteigerung nach der Seruminjektion und beschreibt dann die Diphtheriebehandlung, wie sie an der Kinderklinik in Nancy gehandhabt wird. Da wesentliche Abweichungen von der auch bei uns allgemein üblichen nicht angegeben werden, ist es nicht nötig, auf weitere Einzelheiten der Arbeit einzugehen.

Brüning (Leipzig).

Comba. *Ueber die Behandlung der akuten Larynxstenosen bei Masern.*
(Rivista di clin. ped. 1903, Nr. 3.)

Bei Masern finden sich akute Larynxstenosen, bevor das Exanthem erscheint. Diese Larynxstenosen heilen gewöhnlich, bevor das Exanthem hervorkommt, und sie werden durch Schwellung der Schleimhaut und Glottisspasmus verursacht. Andere Larynxstenosen im Gegenteil erscheinen im Stadium eruptionis, bevor das Exanthem abzublassen anfängt; diese sind oftmals von diphtheritischer Infektion verursacht.

Bei den ersten Larynxstenosen sind Dampf und Brompräparate nützlich. Diese Heilmittel werden auch bei der Larynxstenose der zweiten Gruppe angewendet; natürlich fügt man auch Einspritzungen antidiphtheritischen Heilserums hinzu.

Bei schweren Fällen ist die Operation indiziert.

Bezüglich der Larynxstenosen der ersten und derjenigen der zweiten Gruppe (nichtdiphtheritische) meint Verf., daß es nicht richtig ist, zu lange auf Intubation zu warten, weil auf der geschwollenen Schleimhaut sich leicht Geschwüre bilden können.

In Fällen von diphtheritischen Larynxstenosen und sekundären Masern bei mehr als zwei Jahre alten Kindern hat die Intubation gute Erfolge ergeben; bei Kindern von weniger als zwei Jahren, besonders wenn sie schon an Bronchopneumonie leiden, ist die Tracheotomie vorzunehmen. D. Crisafi (Florenz).

Saunders. *Pilocarpine in Treatment of Scarlet Fever. (Pilokarpin in der Scharlachbehandlung.)* (Arch. Pediat., Feb. 1903.)

Wachenheim (New-York).

Méry et Guillemont. *Lymphadénie splénique.* (Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 3, Seite 117.)

Vorstellung eines fünfjährigen Kindes mit Milztumor, Magen- und Darmblutungen und Anämie (ohne Leukämie). Drüsentumoren fehlen. Méry und Guillemont glauben, eine primäre Milztuberkulose als Ursache der Erkrankung annehmen zu können.

Weigert (Breslau).

Sutherland. *Prognosis of Tubercular Peritonitis in Children. (Die Prognose der tuberkulösen Peritonitis bei Kindern.)* (Arch. Pediatrics, Februar 1903.)

Wenn keine Komplikation oder höchstens Pleuritis dabei besteht, ist die Vorhersage im allgemeinen günstig; sie wird durch Tuberkulose in der Aszendenz, vorhergegangene akute Erkrankung, kontinuierliches Fieber, zeitweilige Verschlimmerungen, Durchfall, Marasmus und viscerale Miterkrankung erheblich verschlechtert. Die Prognose wird durch die Laparotomie nicht beeinflußt.

Wachenheim (New-York).

Damianos. *Beitrag zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach Mosetig.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 68. Bd., Seite 50.)

Verf. tritt warm für die operative Behandlung der Kniegelenkstuberkulose, für die die Indikation vorliegt, sobald die Diagnose gesichert ist, ein. Die allerdings scheinbar vorzüglichen Resultate der Mosetig'schen Abteilung scheinen ihm das Recht zu solch radikalem Standpunkt zu geben.

Unter 83 resezierten Fällen befanden sich 27 unter 16 Jahren (jüngster ein fünfjähriges Kind). Davon wurden 25 geheilt entlassen, 2 starben an Meningitis und an Blutung aus einem Ulcus duodeni. Davon stammten 19 Kinder aus den Jahren 1896 bis 1901. Von 12 waren Nachrichten zu erhalten: 11 lebten gesund mit ganz geringer Verkürzung, 1 starb an Krämpfen. Von den Erwachsenen (bis in die Vierzigerjahre) wurde Nachricht nur von 37 erhoben, 31 davon sind geheilt geblieben, 6 gestorben, davon aber 3 bei völlig geheiltem Knie. Bezüglich der Einzelheiten des Vorgehens, der Art der verwendeten Jodoformplombe etc. muß auf das Original verwiesen werden. Schiller (Karlsruhe).

H. Schramm. *Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Knochen und Gelenke am kindlichen Fuße.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 16 bis 19, Seite 737.)

Unter 384 Kindern, die wegen Fußkrankungen im Sophien-Kinderspitale zu Lemberg Aufnahme fanden, litt mehr als die Hälfte (rund 200) an verschiedenen Formen der Tuberkulose. Je nach dem Sitze der Erkrankung teilt Schramm die Fälle in vier Gruppen ein: 1. Tuberkulose der Zehen und Mittelfußknochen (62 Kranke, davon 8 mit Tuberkulose der Zehen allein und 54 mit Tuberkulose der Mittelfußknochen); 2. Tuberkulose der vorderen Tarsalknochen, des Kahnbeins, Würfelbeins und der Keilbeine (23 Kranke, davon 10 Keilbeine, 5 des Würfelbeins, 3 des Kahnbeins und 5 mit Ergriffensein mehrerer dieser Knochen gleichzeitig); 3. Tuberkulose des Fersenbeins ohne Mitleidenschaft des Sprunggelenkes (17 Fälle); 4. Tuberkulose des Sprunggelenkes ohne Unterschied, ob dieselbe primär in der Gelenkscapsel, im Sprungbein oder in den Gelenksenden der Unterschenkelknochen ihren Sitz hat (98 Fälle, davon 74 Fälle mit primären Knochenherden, die 26mal im Sprungbein, 18mal im Fersenbein, 6mal in der Tibia-Epiphyse, 2mal im äußeren Knöchel saßen; in 22 Fällen war die Bestimmung des primären Ausgangspunktes unmöglich und in den übrigen 22 Fällen klinischer Diagnose konnte ein Knochenherd nicht nachgewiesen werden).

Schramm bespricht nun die einzelnen Gruppen nach ihrer Symptomatologie, Prognose und Behandlung näher. Es sei daraus folgendes hervorgehoben:

ad 1. Die Tuberkulose der Zehen und Mittelfußknochen tritt in der charakteristischen Form auf, die als *Spina ventosa*

bekannt ist und befällt in sehr vielen Fällen mehrere Zehen an Händen und Füßen gleichzeitig. Die Prognose ist bei dieser Gruppe relativ die beste. Die Behandlung sollte in jedem Falle eine operative sein. Die Heilerfolge Schramms ergaben 82·2% als unmittelbaren, 64·3% als Dauererfolg.

ad 2. Die Erkrankung der vorderen Tarsalknochen tritt fast immer in der Form der sogenannten *Tuberculosis granulosa* auf, indem die ganze spongiöse Substanz des Knochens schnell infiltriert wird und nur selten ein Sequester sich bildet. Die Behandlung kann und soll anfangs eine konservative sein: Immobilisierung des Fußes durch einen Apparat, der das Herumgehen gestattet und zeitweilig entfernt wird, um die kranke Stelle lokal zu behandeln (Salben aus Ichthyol, Jodvasogen, Jod- und Salzbäder, eventuell Injektionen von 10% Jodoformemulsion in Glycerin in den erkrankten Knochen und seine Umgebung), worauf der Fuß wieder in den Apparat kommt. Führen die angegebenen Mittel nicht zum Ziele, wird operiert. Die Heilerfolge betrugen hier 65·0% als unmittelbaren, 58·3% als Späterfolg.

ad 3. Bei der isolierten Tuberkulose des Fersenbeines kommt es sehr häufig zu Sequesterbildung. Die Prognose ist relativ gut. Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitiger Eröffnung des Knochenherdes. Die Heilerfolge dieser Gruppe ergeben 82·4% als unmittelbaren, 87·5% als Späterfolg.

ad 4. Die Tuberkulose des Sprunggelenkes verläuft verschieden, je nachdem die Erkrankung primär die Synovialis oder den Knochen selbst ergreift. Die Prognose ist bei entsprechender Behandlung (anfangs konservativ durch Immobilisierung und Lokalbehandlung wie bei 1, später operativ) ziemlich günstig. Die Heilerfolge ergaben hier 70·4% als unmittelbaren, 58·3% als Späterfolg.

Weitere Einzelheiten, Operationsmethoden und Kasuistik etc. sind im Original nachzusehen. Unger (Wien).

Bürger. *Ueber einen Fall seltener Mißbildung (Hemignathie).* (Archiv f. Gynäkologie, 68. Bd., 2. Heft.)

Fehlen des rechten Unterkiefers, rudimentäre Entwicklung der oberen Extremitäten, Atesia ani und Hydromyelia des Rückenmarkes sind die wesentlichsten Hemmungsbildungen, welche bei dem erst fünf Wochen post partum an einem Darmkatarrh gestorbenen Kinde beobachtet wurden. Hohlfeld (Leipzig).

Schönfeld K. A. *Ueber Pseudohermaphroditismus masculinus externus.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Beschreibung eines aus der Krönig'schen Klinik stammenden Falles dieser relativ seltenen und auch für Pädiater interessanten Mißbildung. Es handelte sich um eine 22jährige Gutsbesitzers-tochter, deren Eltern gesund waren. Die Patientin klagte seit einem Jahre über heftige, periodisch auftretende Unterleibsschmerzen; Menstruation war niemals vorhanden. Die äußeren Genitalien erschienen durchaus weiblich, jedoch endete die Scheide, etwa 3 cm

lang, blind; in der linken Beckenhälfte, sowie in der Gegend des äußeren Leistenringes rechts fühlte man je einen derben, walnußgroßen Körper, der sich bei der Exstirpation als Hoden und Nebenhoden erwies. Unter den 29 im Anschluß an diese eigene Beobachtung gesammelten Fällen werden 5 Kinder im Alter von 2 $\frac{1}{2}$ bis 16 Jahren erwähnt.

Brüning (Leipzig).

De la Camp. *Familiäres Vorkommen angeborener Herzfehler, zugleich ein Beitrag zur Diagnose der Persistenz des Duct. arteriosus Botalli.* (Berl. klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 3.)

Krankengeschichte von sechs Geschwistern (im Alter von 15, 7, 14, 12, 11 und 5 Jahren). Für Persistenz des Duct. arteriosus Botalli spricht die links neben dem Sternum der Herzdämpfung aufgesetzte unregelmäßige schmale Dämpfung, über der ein schräg verlaufendes systolisches Schwirren und der verstärkte Pulmonalklappenschluß fühlbar, ein systolisches Geräusch, das sich in die Aortenbahn sowie in die Lungengefäße fortpflanzt, und ein verstärkter zweiter Pulmonalton hörbar ist, ferner die Hypertrophie des rechten Herzens, die fehlende Cyanose und der eigentümliche Röntgen-Befund.

Keller.

Weydling G. *Ein Fall von Bauchblasendarm- und Genitalspalte mit Myelocystokele.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Der Fall betraf eine dem pathologischen Institut durch die Leipziger Frauenklinik überwiesene Mißbildung; das Kind, ein Mädchen, starb am dritten Tage nach der Geburt. Es handelt sich also um zwei vollständig getrennte Mißbildungen im Bereiche des unteren Teiles der vorderen und hinteren Körperschlußlinie; Verf. nimmt an, daß die Myelocystokele und die Bauchblasendarm- und Genitalspalte nur in einem koordinierten Verhältnisse zueinander stehen, daß bei beiden aber eine gemeinsame Ursache in Form einer mechanischen Entwicklungsstörung vorliegen muß.

Brüning (Leipzig).

Hall. *Congenital Dilatation of Small Intestine. (Angeborene Dilatation des Dünndarmes)* (Arch. Pediatrics, Jänner 1903.)

Das betreffende Kind hatte nie normale Entleerungen. Exitus im Alter von elf Monaten. Bei der Nekropsie fand man das untere Ileum bis zu einem Durchmesser von 4 cm erweitert. Verf. glaubt nicht, daß eine so hochgradige Dilatation in diesem Zeitraum erworben sein könne, und sieht deshalb den Fall, auch in Anbetracht der Anamnese, als kongenital an. Die Darmwand war von normaler Dicke, die mikroskopische Untersuchung wurde leider nicht vorgenommen.

Wachenheim (New-York).

Kelley. *Report of two Cases of Dermoids in Children. (Bericht von zwei Fällen von Dermoiden bei Kindern.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 14. Februar 1903.)

Der erste Fall betraf ein Hodendermoid, der zweite ein Ovarialdermoid, beide wurden erfolgreich operiert. Angabe der Literatur.

Wachenheim (New-York).

Henry J. Curtis. *A Case of Congenital Parosteal Sarcoma in an Infant arising in Connection with the Acromion Process of the Left Scapula. Removal, Recovery.* (Lancet, 11. April.)

Pat., Knabe, hatte bei der Geburt einen kleinen hühnereigroßen Tumor auf der linken Schulter. Die Geschwulst wuchs ziemlich rasch, so daß sie nach fünf Monaten in Gestalt und Umfang einer großen Orange entsprach. Sie reichte von der linken Klavikula bis zum Ohrläppchen und nach vorne bis zum Sterno-cleido-mastoideus, nach hinten bis etwa 3 cm unterhalb der Spina scapulae. Der Tumor ließ sich leicht aus seiner Kapsel ausschälen, nur mit der Außenseite des Akromion war er fester verwachsen. Mikroskopisch erwies er sich als ein gemischtes Spindel- und Rundzellen-Sarkom, das vom Periost ausgegangen war. Das Kind erholte sich gut von der Operation und einem nachfolgenden Kollaps.

Karl Fürth (London).

Leroux. *Un cas de lymphadénome du médiastin.* (Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 3, Seite 96, und Ann. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 9.)

Leroux berichtet über den Krankheitsverlauf und den Sektionsbefund eines Falles von Tumor des Mediastinums, der bemerkenswerterweise bis drei Tage vor dem tödlichen Ausgange der Krankheit gar keine Symptome gemacht hatte und dann unter Erstickungsanfällen und heftigem andauerndem Hustenreiz zum Exitus letalis führte. Als Ausgangspunkt der Geschwulst nimmt Leroux die Thymus an. Die Erstickungsanfälle erklärten sich bei der Autopsie durch eine beträchtliche Kompression der Trachea seitens des Tumors.

Weigert (Breslau).

Karl Schneider. *Ueber ein mächtig entwickeltes kongenitales Cystadenom der Schilddrüse.* (Prager med. Wochenschr. 1903, Nr. 19.)

Es handelte sich um eine mächtige, vom Kinn zum Sternum reichende Geschwulst bei einer siebenmonatlichen, unmittelbar post partum verstorbenen Frühgeburt, die sich sowohl durch ihre Lage als durch ihre vaskuläre Versorgung als von der Schilddrüse ausgehend erkennen ließ. Histologisch fand sich der Befund eines Cystadenoms. Außerdem hatten die Erscheinungen des Myxödems bestanden, die, durch den Ausfall der Thyreoideafunktion zustande gekommen, den Fall besonders interessant gestalten.

Neurath (Wien).

Cotton. *Effects of tight Diapers.* (Die Folgen enger Windel.) (Arch. Pediat., Feb. 1903.)

Verf. meint, daß Becken deformitäten und Genu valgum häufig dem Einschnüren durch enge Windel zuzuschreiben sei.

Wachenheim (New-York).

Pescatore. *Ein Fall von Volvulus bei einem 19tägigen Säugling.* (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 68. Bd., S. 185.)

Bei der Sektion eines 19tägigen Säuglings, bei dem seit der Geburt „Erbrechen und geringer Stuhlgang“ vorhanden waren,

zeigte sich in dem ballonartig ausgedehnten Bauche das Duodenum enorm erweitert bis zum Anfange der Radix mesenterii, wogegen der gesamte Dünndarm, Cöcum und Colon ascendens kolossal verengt, $1\frac{1}{2}$ mal um die Radix mesenterii mit der A. mes. sup. als Achse gedreht war. Diese freie Beweglichkeit des Cöcum und Colon ascendens bei abnormem Fehlen der normalen Fixation an die hintere Bauchwand ist die Vorbedingung für das Zustandekommen der Anomalie. Schiller (Karlsruhe).

Freund. *Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1903, Nr. 2, Seite 309.)

Nach einer übersichtlichen Zusammenstellung der Ergebnisse der bisher zur Frage der Pylorusstenose erschienenen Arbeiten berichtet Freund über 6 in der Breslauer Kinderklinik beobachtete einschlägige Fälle. Von diesen starben 4, und zwar 2 an den Folgen der genannten Affektion selbst, 1 an einer Ernährungsstörung wenige Wochen nach dem Verschwinden der klinischen Symptome der Pylorusstenose, 1 an einer interkurrenten Sepsis; 2 wurden dauernd geheilt.

Zur Klärung der Aetiologie der Pylorusstenose liefert Freund folgende Daten: Der tumorähnliche Pylorusteil erschlafft erst bei einem Wasserdruck, der größer ist als der von Pfaunder zur Erweiterung gewöhnlicher systolischer Magen angewendete Druck. Die Wände des erschlafften Tumors erweisen sich als nicht dicker als die übrige Magenwand. Bei der Entstehung der Pylorusstenose scheint eine nervöse Disposition eine große Rolle zu spielen. In einigen Fällen konnte eine Hyperchlorhydrie wahrscheinlich gemacht werden, in anderen nicht. In sämtlichen zur Beobachtung gekommenen Fällen handelte es sich um Brustkinder.

Auf Grund der gemachten Erfahrungen empfiehlt Freund für künftige Fälle folgendes therapeutische Vorgehen: Zunächst Fortsetzung der Brusternährung unter Beigabe von Karlsbader Mühlbrunnen; bei Fortbestehen der Krankheitserscheinungen Uebergang zur Ernährung mit Vollmilch und schließlich eventuell zur Operation (Gastroenterostomie), die nach der Literatur keine schlechten Chancen bietet. Weigert (Breslau).

E. v. Hibler. *Vorfall eines cystisch erweiterten Uterus durch Harnblase und Urethra in die Vulva bei einem sechs Wochen alten Mädchen.* (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 17.)

Kurze klinische und ausführliche anatomische Darstellung des im Titel skizzierten Befundes. Neurath (Wien).

Gross. *Die Lokalisation der Osteomyelitis in den Seitenteilen des Os sacrum und ihre Beziehung zu den Wachstumsorgängen.* (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 68. Bd., Seite 95.)

An sechs Fällen der Jenenser Klinik studierte Verf. die Frage der Lokalisation der Osteomyelitis ossis sacri und kommt zu dem

Schlusse, daß der zentrale Körper einschließlich Bogenabschnitt lediglich sekundär infiziert wird. Die hämatogene Infektion ist immer an die Massae laterales gebunden, weil diese, nicht dessen rudimentäre Wirbel, die eigentlichen Träger des Wachstums des Kreuzbeins sind. Die sechs Beobachtungen betreffen Kinder von 5 bis 15 Jahren.

Schiller (Karlsruhe).

Fr. Sippel. *Ueber Intubation bei Larynxstenosen nichtdiphtheritischer Natur.* Aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart. (Mediz. Korrespondenzblatt d. württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 16 bis 17, Seite 261.)

Der Autor berichtet über die Erfahrungen, die er in der Olga-Heilanstalt bei zahlreichen Fällen nichtdiphtheritischer Larynxstenose, und zwar bei Masernkrupp, Keuchhusten, Laryngospasmus, Laryngitis hypoglottica, bei Verätzung des Kehlkopfes, bei angeborener Struma und endlich bei erschwertem Decanulement zu machen Gelegenheit hatte. Die Intubation hat fast überall wertvolle Dienste geleistet. Eklatant war namentlich die günstige Wirkung in zwei schweren Fällen von Keuchhusten, wo die Intubation, um der Indicatio vitalis zu entsprechen, ausgeführt wurde; desgleichen in einigen Fällen von reinem Laryngospasmus, sowie bei akuter Larynxstenose durch Verätzung. Als geradezu souveränes Mittel erwies sich die Intubation ferner gegen die Stenosen nach Tracheotomie und als Dilatationsverfahren bei laryngealer und trachealer Narbenstenose nach Tubendekubitus. Die gemachten Erfahrungen führen Sippel zu dem Schlusse, daß der Intubation in dieser Hinsicht augenscheinlich noch ein weites Feld offensteht.

Die interessante Kasuistik ist im Original nachzusehen.

Unger (Wien).

Doustrebente und Croisier. *Épilepsie traumatique. Trépanation.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 9.)

Ein 19monatliches Mädchen war aus der Wiege gefallen und hatte sich hierbei eine Schere in die linke Schädelseite gestoßen; 30 Stunden später bemerkten die Eltern eine rechtsseitige Lähmung. Das bisher rechtshändige Kind wurde Linkshänder; im achten Lebensjahre begannen die epleptischen Anfälle in Form des Petit mal, die in verschiedenen Zwischenräumen und in verschiedener Intensität auftraten. Im 18. Lebensjahre wurde die Trepanation gemacht mit dem Erfolge, daß die Kranke dauernd von ihrem Leiden befreit blieb.

Brüning (Leipzig).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

Würtz. *Die Säuglingssterblichkeit und die Maßregeln öffentlich-hygienischer Art, die zum Zwecke ihrer Herabsetzung getroffen werden können.* (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, 35. Bd., 2. Heft.)

Neue Gesichtspunkte werden in dieser Arbeit nicht entwickelt. Wo aber ein Anlauf dazu unternommen wird, wie bei dem Vorschlage, den Preis der von den Kommunen zu liefernden Säuglingsmilch nach dem Steuerzettel des Käufers zu bestimmen, geht er in eine Utopie aus.

Hohlfeld (Leipzig).

Uebersicht der ungarischen paediatrischen Literatur.

(— Gyermek-gyógyászat. Redigiert von Prof. Dr. Johann v. Bókay, 1903, Nr. 1.)

Felix v. Szontágh. *A vegy es fertőzősekről.* (Ueber Mischinfektionen.)

In dem Budapester städtischen neuen St. Johannes-Spital dient ein Pavillon zur Aufnahme der akuten Infektionskranken. Nichtsdestoweniger ist die Absonderung der Diphtherie-Abteilung von der Masern- und Scharlach-Abteilung dank der glücklichen Einteilung des Gebäudes, sowie der minutiös ausgearbeiteten Hausordnung eine möglichst vollkommene. Die in jedem Infektionsspital unvermeidlichen Mischinfektionen entstehen derart, daß Kranke zur Zeit ihrer Spitalsaufnahme bloß die Anzeichen einer Infektionskrankheit aufweisen, gleichzeitig jedoch im Inkubations- oder Prodromalstadium einer anderen Infektionskrankheit stehen, wodurch letztere Krankheit eingeschleppt wird. Seltener bilden diagnostische Irrtümer die Quelle der Mischinfektionen. Auf Grund seiner Spitals-erfahrung und der Beobachtungen in der Privatpraxis bespricht Szontágh den Einfluß der Maserninfektion auf manifeste und latente Tuberkulose, die Wechselbeziehung von Masern und Diphtherie und illustriert diese mit eigenen Fällen. Eine seltene Kombination bot ein geheilter Fall von gleichzeitiger Nasendiphtherie, Masern und kruppöser Pneumonie. Unter 11 Fällen von Mischinfektionen zwischen Masern und Scharlach traten die Masern bei 9 Fällen nach dem Scharlachexanthem auf (mit 4 Sterbefällen) und in 2 Fällen gingen sie vorher (1 Sterbefall). Beide Exantheme zu gleicher Zeit sah Szontágh in einem Falle. Die Prognose der Masernfälle nach vorhergegangenen, wenn auch schwachem Scharlachexanthem ist eine zweifelhafte, umso schwerer, je rascher sie dem ersten Ausschlage folgen. 2 Fälle von Masern nach vorhergegangenen Röteln werden mitgeteilt. Masern und Keuchhusten werden

besprochen, ebenso wird ein interessanter Fall von akuter infektiöser Osteomyelitis nach Masern geschildert. Die Kombination der Scharlachinfektion mit Diphtherie und vice versa sah Autor in 5 Fällen. Im allgemeinen teilt Autor die Ansicht Heubners, der bezüglich der Prognose bei Mischinfektionen behauptet, daß dieselbe zweifelhafter sei, wenn die schwerere Krankheit nachfolgt.

Am Schlusse seines Vortrages empfiehlt der Vortragende bei skarlatinöser Urämie sowie bei septischen Scharlachfällen die Hypodermoklyse, bei ersteren nach vorhergegangenem Aderlaß.

Loránd (Budapest).

Franz v. Torday. *Gyermekkori xanthoma tuberosum esete. (Xanthoma tuberosum bei einem Kinde.)* Mitteilung aus dem Budapestener Stefanie-Kinderspitale. (Siehe Seite 140 dieser Monatsschrift.)

Loránd (Budapest).

Ernst Deutsch. *Die Einweihung des Pariser Rothschild-Spitales.*

Rudolf Linsbauer. *Die Barlow'sche Krankheit. Scorbutus infantum.*

Umfassende Studie dieser in Ungarn unbekannten Erkrankung mit Quellenangabe und Benützung der umfangreichen Literatur.

Loránd (Budapest).

(— Gyermek orvos [Kinderarzt]). Beilage des Budapesti Orvosi Ujság.

Erste Nummer. März. 1903. Redigiert von Dr. Julius Grósz.

Julius Grósz. *Die Bedeutung der Kinderheilkunde.*

Einleitender Artikel des Redakteurs, um die Existenzberechtigung der neu erschienenen pädiatrischen Zeitschrift zu beweisen, welche nunmehr die zweite ist, welche in ungarischer Sprache erscheint.

Loránd (Budapest).

Heinrich Alapy. *Ileococcalis bélüremkedés komplikált esete. Gyógyulás négyeszeri laparotomia után. (Komplizierter Fall von ileocöcaler Darminvagination. Heilung nach viermaligem Bauchschnitt.)*

Interessante Krankheitsgeschichte eines zwölfjährigen Knaben, bei dem eine chronische, seit sechs Wochen bestehende Intussuszeption vor der Operation in der Narkose spontan zurückgeht, um nach einigen Tagen wieder aufzutreten. Die Desinvagination gelingt nach Autors einigemal bewährter Methode, indem der Darm an dem unteren Ende der Geschwulst mit der Faust umfaßt wird, und ohne den Versuch anzustellen, die Geschwulst hinauszupressen, sondern indem der Invaginans über dem Invaginatium zusammengedrückt wird, gelingt es, den äußeren Darmteil von dem inneren in Wirklichkeit herabzuziehen. Gleichzeitige Entfernung des Wurmfortsatzes mit Umstülpung des Restes desselben nach innen. 18 Tage später allgemeine eitrige Peritonitis, durch Infektion verursacht, welche von dem Appendixreste ausging. Die Laparotomie und Drainierung der Bauchhöhle wird noch in den ersten 24 Stunden seit dem Auftreten der Bauchfellentzündung erfolgreich durchgeführt. Nach sechs Wochen tritt durch Knickung und fibröse

Verklebung einer Dünndarmschlinge wieder die Notwendigkeit eines neueren Bauchschnittes ein. Nach Loslösung der Verklebungen ist der Krankheitsverlauf ein nunmehr ungestörter. Heilung.

Loránd (Budapest).

Julius Grósz. *A Székelyféle gyermektejtel végzett táplálási kísérletek különös tekintettel beteg csecsernökre. (Ernährungsversuche mit der Székely'schen Kindermilch, insbesondere bei kranken Säuglingen.)*

Die Versuche wurden in der heißesten Jahreszeit begonnen, die Milch wurde des Morgens unentgeltlich ausgeteilt und die Säuglinge wöchentlich zweimal kontrolliert. Unter den 22 Säuglingen waren fünf gesund, die übrigen litten an Dyspepsie oder Darmkatarrh. Mit Ausnahme eines atrophischen Kindes war die Gewichtszunahme und Entwicklung bei den übrigen zufriedenstellend. Den Hauptvorteil der Székely'schen Milch bildet die leichte Verdaulichkeit derselben, welche durch ihren geringen Kaseingehalt bedingt wird.

Loránd (Budapest).

Székely Salamon. *A gyermektej.*) (Die Székely'sche Kindermilch.)*
(Orvosy Hetilap, 4. Jänner 1903.)

Die Lösung der Frage, dem Säugling eine entsprechende Ersatznahrung für die Muttermilch zu geben, ist weder eine rein ärztliche, noch eine bloß technische Aufgabe. Székely, von Beruf Chemiker, trachtete die Kuhmilch der Muttermilch ähnlich zu machen und suchte zur Präzipitierung des Kaseins nach einer neueren Methode, welche es vermeiden ließe, daß die präparierte Milch nachträglich durch Sterilisierung ihren natürlichen Charakter verlieren würde. Zu diesem Behufe benützte er zur Fällung des Kaseins die Kohlensäure, welche er unter einem Drucke von 25 bis 30 Atmosphären der frischen Milch beimengt. Das Kasein fällt sofort aus und das Serum wird vom Kasein abgeschöpft, wobei die Kohlensäure entweicht. Die Molke wird nun im Verhältnis von 2:1 mit beiläufig 10% Fett enthaltender Sahne vermennt und 1.5% Zucker zugesetzt, wodurch die auf diese Weise fertiggestellte Kindermilch im Durchschnitte 3.3% Fett, 1.2% Kasein, 6.2% Zucker und 0.6% Aschenbestandteile enthält. Laktalbumin und Laktoglobin sind darin ebensoviel als in der zur Bearbeitung gelangten Rohmilch, nachdem die Kohlensäure bloß auf die suspendierten und nicht auch auf die gelösten Albumine einwirkt. Die Kindermilch wird nun in Flaschen gefüllt und im Wasserbade eine Stunde lang bei 60 bis 65° pasteurisiert, darnach verschlossen. Hierauf werden letztere bis auf 5 bis 10° abgekühlt und bis zum Verbrache unter 10° Temperatur erhalten. Die chemische Analyse zeigte, daß die Kohlensäure bloß Kasein und die an dieses gebundenen Kalksalze, nämlich Tricalciumphosphat und Trimagnesiumphosphat fällte, daher bloß die suspendierten

*) Székely. Nouveau procédé de préparation d'un lait modifié destiné à être employé comme succédané du lait de femme.

Rev. d'hyg. et de méd. inf., II. Bd., Nr. 2, S. 178.

Bestandteile. Die Kohlensäure übt auch eine bakterizide Wirkung auf die Milch aus, selbe wird steril, so daß es hierdurch möglich wird, die weitere Sterilisierung der Milch bei hohen Wärmegraden zu umgehen.

Loránd (Budapest).

Sigmund v. Gerlóczy. *A székesfővárosi Szt. László kórházban 1901 ben serumtherapiával elert eredmények diftériánál. (Resultate der Diphtheriebehandlung mit Serum im Jahre 1901 im Budapestester St. Ladislaus-Spitale.)* (Orvosok lapja, 1. Jänner 1903.)

Tabellarische Zusammenstellung von 181 Fällen, von denen 119 an Rachen- oder Nasendiphtherien litten, 11 litten bloß an Laryngitis crouposa und 51 an beiden. Bei Kruppfällen war das Heilungsprozent 66 $\frac{0}{10}$, bei allen Fällen betrug die Mortalität 21·5 $\frac{0}{10}$.

Loránd (Budapest).

Lévai Ödön. *Néhány szó a gyermekvédelemről. (Einiges über Kinderschutz.)* (Orvosok lapja, 26. März 1903.)

Artikel im Interesse des am Plattensee in Ungarn zu erbauenden Sanatoriums. Der Einfluß des Wassers und Klimas des Plattensees auf einige wichtige Kinderkrankheiten.

Loránd (Budapest).

Berichte.

XIV. internationaler medizinischer Kongreß in Madrid.

23. bis 30. April 1903.

VII. Sektion. Pädiatrie.

In der Eröffnungssitzung wurden zu Ehrenpräsidenten gewählt: Jacobi (Amerika), Kirmisson und Josias (Frankreich), Medin (Schweiz), Monti, Escherich (Oesterreich), Hoffa, Schloßmann (Deutschland), Concetti (Italien), Martinez Vargas (Spanien), Poehl (Rußland), Smith (England).

Den ersten Verhandlungsgegenstand bildete die Säuglingsernährung. Das Referat erstattete Dr. Calatraveno, welcher die Notwendigkeit des Stillens durch die Mütter oder in Ermangelung dessen durch Ammen betonte; auch empfahl er die Errichtung von Instituten, durch welche sterilisierte Milch zu niedrigem Preise an solche arme Mütter verteilt würde, die zum Stillungsgeschäfte untauglich sind.

Vargas meint, daß in dieser Frage seit dem Kongresse im Jahre 1900 nichts Neues gebracht wurde, außer der Untersuchung der Milchfermente, ein Moment, das nicht außeracht gelassen werden darf. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, läßt er schwächlichen Kindern vom zweiten oder dritten Lebensmonate anfangen, falls die Muttermilch spärlich ist, neben der Muttermilch Ziegenmilch geben, und zwar in der Weise, daß die Mutter dem Kinde vor dem jedesmaligen Stillen 2 bis 4 Eßlöffel roher Ziegenmilch einflößt. Beide Milchsorten vermischen sich im Magen und werden gleichzeitig verdaut. Die Ziegenmilch ersetzt die mangelnde Quantität der Muttermilch und diese wiederum befördert durch ihre Fermente die Verdauung der ersteren. Der Vorteil liegt darin, daß

die Kinder keinen Hunger leiden müssen und anderseits die Mütter durch übermäßige Sekretion nicht geschwächt werden.

Concetti hält zwar in erster Linie die Brustmilch für zuträglich, empfiehlt aber im Hinblick auf die Gefahr der Septikämie, sterilisierte Milch zu geben, falls die Mutter nicht die nötige Menge sezerniert. Durch Pankreatin vermochte er oft den Fermentgehalt der Milch zu vermehren und Dyspepsien bei den Kindern zu beseitigen.

Monti spricht sich für die Ernährung durch die Mutter oder eventuell durch eine Amme aus. Die künstliche Ernährung verzögere die Entwicklung, befördere dyskrasische Affektionen und trage viel zur Kindersterblichkeit bei. Die Errichtung von Anstalten, in denen arme Mütter Milch erhalten, sollte möglichst gefördert werden; auch möge man die Vermittlungsanstalten für Ammen scharf überwachen.

Fede empfiehlt die Verwendung frischer Ziegenmilch.

Spolverini zeigt, daß die Milch ein oxydierendes Ferment enthält, welches durch Kochen nicht zerstört werden sollte.

Schloßmann bespricht das Verfahren, welches in seiner Klinik in Dresden üblich ist.

„Gouttes de lait“. A. L. Peyroux: Seit 1894 wurden in Frankreich zur Bekämpfung der großen Kindersterblichkeit zwei Mittel angewendet: „Consultations de nourissons“ (Besorgung von Ammen) und „Gouttes de lait“. Die erstgenannte Einrichtung dient für Brustkinder; die letztere sorgt ausschließlich für künstliche Ernährung. Es gibt Mütter, welche ihre Kinder stillen könnten und es nicht tun, weil sie sterilisierte Milch erhalten. Man erzielte schlechte Resultate nicht durch die sterilisierte Milch als solche, sondern weil der Gebrauch derselben nicht hinreichend überwacht wurde. Man muß das System der „Gouttes de lait“ daher einschränken; nur jenen Müttern sollte Milch verabreicht werden, welche keine Brustmilch haben, und außerdem empfehle es sich, alle acht Tage die Kinder zu untersuchen.

Ernest Deutsch: Wenn ein Kind sein physiologisches Gewicht nicht erreiche, so läßt er gemischte Nahrung geben. Man möge arme Mütter materiell unterstützen, damit sie keinen Hunger leiden und sich mehr der Pflege ihrer Kinder widmen können. Um Manipulationen mit der Milch zu vermeiden, läßt er sterilisierte oder pasteurisierte Milch abgeben, und zwar in kleinen Flaschen, jede hinreichend für eine Nahrungsaufnahme. Redner erörtert auch die Notwendigkeit, für medizinische Behandlung und Gewichtsbestimmung der Kinder sowie für die Belehrung der Mütter durch Schriften und Vorträge zu sorgen.

Houssay tritt für die Errichtung von möglichst vielen „Oeuvres de l'enfance“ ein, auf diese Weise werde sich die Kindersterblichkeit vermindern; öffentliche und private Unterstützung müßten sich zu diesem Zwecke vereinigen.

Gonzales Revilla spricht über die Kinderpflege zur Einschränkung der hohen Sterblichkeit.

Fatas schildert die enorme Kindersterblichkeit in Madrid und erörtert ihre Ursachen, sowie Vorschläge zu ihrer Behebung. Im Jahre 1898 kamen in Madrid 247 Kinder auf je 1000 Einwohner; von der Gesamtsumme 126.806 waren 60.881 Knaben und 65.925 Mädchen. Auf 1000 Todesfälle kamen im Jahresdurchschnitt 457-16 Kinder. Die Ziffer der unter einem Jahre Verstorbenen macht ein Sechstel der Totalsumme von Europa aus. Auf die Monate Juli und Jänner fiel die größte Zahl; ein proportionales Verhältnis zur Bevölkerungsdichte ist nicht nachweisbar; gerade in dichteren Bezirken ist die Sterblichkeit geringer. Affektionen der Respiationsorgane verursachen 25.66%, Nervenaffektionen 20.21%, Affektionen des Magendarmtraktes 14.92%, Infektionskrankheiten (inklusive Tuberkulose und Syphilis) 26.7% Todesfälle. Hinsichtlich der Erkrankungen der Respiationsorgane läßt es sich nicht entscheiden, ob individuelle (persönliche) oder klimatische Verhältnisse zu beschuldigen sind. Der Mangel an sozialen, hygienischen und erzieherischen Maßnahmen erklärt die hohe Kindersterblichkeit. — Im Anschlusse an diese Ausführungen folgte eine

Diskussion, in welcher für die Organisation von Kinderschutzvereinen in allen Ländern Propaganda gemacht wurde.

Vargas spricht über „Unvollkommene Verknöcherung“ (Osteogenesis imperfecta). Vortr. demonstriert 17 Photographien von folgenden Fällen: 1 Fall von Achondroplasie, 1 Fall von fötaler Rhachitis mit Similodaktylie der Hände und Füße, 1 Fall von Osteopsatyrose (6 Frakturen), 1 Fall linksseitiger Pleurosomie mit partieller Herzhernie, 1 Fall von Ankylostomose des Femur und der Tibia und 2 Fälle von Schulter-, resp. Hüftgelenksanomalien (Insuffizienz, Schlottergelenk? Luxation?). Diese Beobachtungen sind geeignet, einige Unklarheiten der Pathologie des Fötallebens aufzuklären.

Gonzales Alvarez demonstriert die Photographie eines Neugeborenen mit multiplen Deformitäten an den Röhrenknochen und führt dieselben auf Lues zurück.

Wieden Portillo erörtert die Behandlung der eitrigen Ophthalmiden der Neugeborenen und demonstriert einen Apparat, der gleichzeitig zur Lidhebung und zur Irrigation dient. Redner rät, die Augen dem Licht viel auszusetzen, und empfiehlt als bestes Mittel Protargol, sowie eine Jodoformsalbe und häufige Bespülungen der Konjunktiven.

Criado spricht über die Therapie der Ulcera corneae und Relien demonstriert eine Abbildung von einem Falle infantilen Skorbut; die Lider beider Augen, Stirn und einige andere Stellen der Haut zeigten ausgebreitete bläuliche Flecken.

Zweite Sitzung.

Diese war hauptsächlich dem Thema „Behandlung der Gelenkstuberkulose“ gewidmet.

Der Referent Ribera empfahl in der Infiltrationsperiode Ruhigstellung und Gipsverband; er leugnet den Nutzen der intraartikulären Injektionen. Seit 1892 behandelte er 413 Fälle von Gelenkstuberkulose mittels Radikaloperationen, hält dieselben immer für indiziert, wenn Ruhigstellung und hygienische Maßregeln im Stiche lassen oder die Läsionen so ausgedehnt sind, daß sie Heilung nicht erwarten lassen. Er wendet sich gegen übereilte Eingriffe; er operiert, wenn die Läsion und das Stadium die Operation erheischen, wenn der Prozeß sich ausdehnt, auch wenn sich keine Abszesse bilden. Er zieht die Resektion vor; aber wenn Rezidive nach der konservativen Methode auftreten oder die Teile erweicht sind, die Knochen keine Festigkeit garantieren, geht er zur Amputation über oder zur Desartikulation. Unter zwölf Fällen von Hüftgelenks-Desartikulation erzielte er sieben Heilungen.

Hoffa erklärt sich als Anhänger der Resektion. Calot verteidigt die Ruhigstellung mit Gipsverband.

Menciere empfiehlt seine Methode, die darin besteht, mit seinem Revolver-(?)Osteotom in das Gelenk einzudringen, erkrankte Knochengewebe zu entleeren und sodann reine Karbolsäure zu applizieren. Sodann setzt er noch absoluten Alkohol hinzu, um der Intoxikation mit der Karbolsäure vorzubeugen. Redner behauptet, mit diesem Verfahren Radikalheilung erzielt zu haben, ohne Ankylose.

Vargas demonstriert Präparate von Gelenksfungus. Er wendete Adrenalin an und zeigte unter dem Mikroskop, daß die Gefäße sich unter diesem Verfahren verengern; er meint, daß eine intraartikuläre Injektion des Adrenalins das Gewebe des Fungus zum Schwinden bringe und das Verfahren der Ruhigstellung oder der chirurgischen Eingriffe unterstütze.

Vargas demonstriert eine Kollektion von 17 Photographien von Neoplasmen des Kindesalters, welche er operierte. Darunter waren folgende: Ein Sarkom des Tarsus mit Hinübergreifen in den Calcaneus und Kachexie; es wurden Injektionen mit künstlichem gelatinisiertem Serum als Hämostatikum gemacht; darauf Resektion nach Pirogoff Heilung. Zwei Mikrophotogramme lassen erkennen, daß es sich um Riesenzellen-

sarkome handelte; zwei Jahre ohne Rezidiv. — Ein diffuses Sarkom der rechten Temporalgegend mit oberer und unterer Facialisparalyse. — Ein Fall von Sarkom der rechten Inguinalgegend, implantiert in die Fascia. Exstirpation, Heilung ohne Rezidive in drei Jahren. — Ein Fall von angeborenem Hygrom des Fußrückens. — Ein Fall von Adenom der seitlichen Halsgegend, inseriert in die Gefäßscheiden. — Eine kongenitale multilokuläre Cyste der linken Axilla. — Eine Talgzyste der vorderen Halsgegend. — Ein Fall von Angiomen bei drei Geschwistern.

Noble Smith spricht über angeborene Hüftgelenks-Luxation und demonstriert an Zeichnungen, in welche Stellung er die Kranken bringt, um den Muskel transversal und rechtwinkelig zur Körperachse zu stellen.

Kirmisson ist Anhänger der unblutigen Methode.

Piechaud verteidigt die Methode Lorenz.

Ducroquet zeigt seine Instrumente und seine Apparate für die Vornahme der Reduktion der Hüfte ohne Operation.

Mencière demonstriert seinen Hebel zur Vornahme des Redressements ohne Operation. Das Haupthindernis für das Redressement sei der vordere Teil der von der Cavitas cotyloidea retrahierten Kapsel. Vorher sei die Extremität in Beuge- und Abduktionsstellung zu bringen, um ein Erschlaffen der periartikulären Muskeln zu bewirken und den vorderen Teil der Kapsel zugänglich zu machen. Andernfalls bestehe das Hindernis der periartikulären Muskeln und bleibe der vordere Teil der Gelenkkapsel verborgen. Der Hebel Mencière's besteht aus einer metallischen Klammer mit löffelförmigen Enden, die sich dem Trochanter adaptieren; der Stützpunkt ist mobil; der Trochanter wird mechanisch weggedrängt bis zur Fossa cotyloidea, lockert und zerreißt die Kapsel. Der Femur wird nicht als Hebelarm benutzt, damit keine Fraktur bei der Operation erzeugt wird. Dieser Apparat bewerkstelligt nicht die Einrichtung (Redressement), sondern bereitet bloß vor zur Erweiterung der Kapsel, bezeichnet den Weg zur Pfanne. Sobald der Apparat dies geleistet, wird die Reduktion mit der Hand vorgenommen.

Sukzessive Ausgleichung des Gibbus und der lateralen Deviationen bei Pott'scher Krankheit. Gourdon demonstrierte einige Photographien, um den Vorteil dieser Methode zu zeigen. Diskussion: Calot und Noble Smith.

Beitrag zum Studium des Emphysems. Vargas demonstrierte eine Photographie eines Falles von supramammillärer Auftreibung des Thorax, die er zuerst 1895 beschrieben habe; es zeigte sich auf dem Bilde auch Dislokation des Herzens. Votr. hält die Irrigation der Pleura nach der Operation für nachteilig und beschreibt das „pansement à soupe“, mit dem die Operierten in acht Tagen geheilt werden.

In der Nachmittagssitzung wurde über die Behandlung der Fußmißbildungen (pied bot) verhandelt. Der Referent Martin Hugel tritt dafür ein, daß bei Neugeborenen keine Operationen gemacht werden sollten, da man die Deformitäten durch milde Verfahren beseitigen könne. Man müsse differenzieren zwischen Equinus und Valgus, zwischen schlaffen und rigiden Fällen, zwischen Kindern von einigen Monaten und solchen mit beendeter Ossifikation, zwischen Deformitäten des Fußes allein und solchen, welche nur sekundär infolge Kniegelenks-Deformitäten bestehen. Die Apparate entwickeln ihre Leistung nur während ihrer Applikation durch Einwirkung auf die Deformation; permanent wirkende therapeutische Maßnahmen seien dagegen: Massage, Elektrotherapie, aktive und passive Gymnastik, Sehnenüberpflanzung, Tenotomie, Resektion, Arthrodese. In der Diskussion vertrat zunächst Oskar Vulpius die Ansicht, man möge bei angeborener Deformität des Fußes die manuelle Geradrichtung versuchen; läßt diese im Stiche, schreite man zur Operation (Exstirpation des Talus, Osteotomie, Sehnenplastik). Beginn mit blutiger Operation sei ein Kunstfehler. Bei Lähmungen versuche man modellierende Geradstreckung und beim Vorhandensein noch gesunder Muskeln Sehnentransplantation. Bei vollständiger Lähmung: Arthrodese. Ein Apparat dürfe nur in solchen Fällen, wo eine Operation unmöglich ist, angewendet werden.

Codiville sprach über die Indikationen zur Vornahme der ein- oder mehrzeitigen Korrektur, sei es der manuellen oder mechanischen, ferner über die Verwendung von Apparaten und über komplementäre Operationsmethoden.

Escherich sprach über Heilung der angeborenen Nabelhernien. Ein neuer Fortschritt besteht in der Injektion von Paraffin in den Nabelring; darnach wird ein Kontentivverband angelegt. Das Verfahren übertrefft alle sonst üblichen und ergibt ebenso sichere Resultate, wie die Radikaloperation.

Dritte Sitzung.

Therapeutischer Wert der Serumbehandlung der Diphtherie. Der Referent Llorente bringt eine Reihe von statistischen Tabellen zum Nachweise des therapeutischen Wertes dieser Methode; außerdem spricht er sich mehr für die Intubation aus als für die Tracheotomie.

Comby behandelt dasselbe Thema von seinen historischen Anfängen und zeigt, wie sich die Zahl der Todesfälle durch Diphtherie seit Einführung des Serums um drei Viertel vermindert habe.

Vargas: Seit dem Moskauer Kongresse hat das Diphtherieserum schon so sichere Beweise seiner Wirksamkeit abgelegt, daß eine nochmalige Erörterung schon kaum mehr am Platze ist. Heute habe man sich mehr mit der Frage zu beschäftigen, ob das Serum in zweifelhaften Fällen injiziert werden soll, als prophylaktisches Mittel. Bei einer eitrigen Angina zweifelhaften Charakters müsse das Serum angewendet werden; in einer Familie mit vielen Kindern, in einer Anstalt zur Verhinderung des Ausbruches einer Epidemie solle die Präventivinjektion gemacht werden auch bei Fällen von Scharlach, Masern, Blattern, bei Gefahr von Angina. In Fällen schwerer Formen von Diphtherie empfehle es sich, die erste oder zweite Injektion intravenös und nicht hypodermatisch zu machen, um rascher die Intoxikation zu beheben.

Jul. Robert demonstrierte graphische Darstellungen über die Diphtherie in Madrid, woraus sich eine rapide Verminderung der Diphtherie seit Applikation des Serums ergibt.

Balvey y Bas teilt Krankengeschichten mit von Diphtheriefällen, die durch Serum geheilt wurden.

Gonzalez sprach über Therapie der Diphtherie ohne Serum.

Instrumente für die Intubation. Marfan demonstrierte einen neuen Mandrin, den er konstruiert hat, um die Manipulation der Extraktion und der Einführung in den Larynx sanfter zu machen. Dies geschieht mittels einer Uhrfeder. Das untere und obere Ende ist ebenso beschaffen wie bei dem steifen Mandrin.

Valagussa demonstriert eine neue Intubationszange um das Instrumentarium zu vereinfachen. Der Mandrin besitzt anstatt der gleichen Länge des Tubus eine Länge von 15 cm. Diese Mandrins sind ebenso wie die Tubus an einem Griff vereinigt, der ähnlich ist dem Griff der Kehlkopfspiegel.

Fatjo zeigt seine neue Intubationszange, welche dem alten Extraktor gleicht; die Enden sind lang und besitzen dieselbe Länge wie der Larynxtubus. Eines derselben endet knopfförmig, wie beim Hauptmandrin.

Die drei Herren demonstrierten ihre Apparate an Fällen.

Escherich bespricht die Resultate der Serumbehandlung bei Scharlach an der Wiener Universitätsklinik und demonstriert an Tabellen die Effekte, welche in Verminderung des Fiebers und Verhinderung der Komplikationen bestanden. Die Sterblichkeit hatte sich unter dieser Behandlung auffällig vermindert.

Vargas: In dem Prodromalstadium ist es schwer, etwas über die Intensität des Scharlachfiebers vorauszusagen; es bestehe kaum ein Verhältnis zwischen der Eruption und der Intensität des Scharlachs. In Spanien

erreiche der Scharlach gewöhnlich nicht die Intensität, wie in anderen Ländern. Trotzdem sähe man auch hier bisweilen Fälle, wo die Eruption nur angedeutet ist in spärlichen Flecken um den Hals, wo die Familie daher den Arzt nicht ruft und das Kind ohne Pflege läßt, und am 20. bis 25. Tage trete dann Anurie auf mit Urämie und Herzschwäche, welche in 10 bis 12 Stunden den Tod hervorrufe. In solchen Fällen lasse sich die Diagnose nur beim Bestehen von Scharlachfällen der Geschwister a posteriori machen zu einer Zeit, wo Hilfe schon vergebens. Es scheine, daß gerade bei intensiver Eruption sich das Gift durch die Haut ausscheide und nicht so leicht Komplikationen in den inneren Organen hervorrufe. Wenn das Serum, wie Escherich versichert, nicht nachteilig wirkt, empfehle es sich daher, die Injektion schon dann zu machen, wenn es noch unentschieden ist, ob es sich um eine schwere oder benigne Form handelt.

Marfan hält an der Einteilung in schwere und leichte Formen fest und entwickelt seine Ansichten über die Beziehung zwischen dem Fieber und den Komplikationen (Angina, Nephritis, Cerebralaffektionen). Er hatte noch keine Gelegenheit, das Serum anzuwenden, will es aber in Zukunft gebrauchen.

Serotherapie des Typhus bei Kindern. A. Josias berichtet über 50 Beobachtungen. Seine Ergebnisse erinnern an diejenigen von Chantemesse bei Erwachsenen. Während er in der Zeit vom 1. März 1902 bis 1. März 1903 bei hydrotherapeutischer Behandlung 14 $\frac{0}{10}$ Todesfälle beobachtete, waren dies nach Anwendung des Serums nur 4 $\frac{0}{10}$. Ohne definitiv urteilen zu wollen, läßt sich doch behaupten, daß die Sterblichkeit in solchem Grade durch kein pharmakologisches Mittel herabgesetzt werden konnte. Die Entdeckung von Chantemesse hat viele Leben erhalten.

Vargas: Der Typhus ist bei Kindern weniger gefährlich als bei Erwachsenen aus anatomischen Gründen. Trotzdem ist es bemerkenswert, daß man die Sterblichkeit herabsetzen konnte, da auch schwere Fälle vorkommen. Vor einem Jahre beobachtete er ein zehnjähriges Kind mit Symptomen von Darmperforation; er machte die Laparotomie, fand das ganze Peritoneum voll von Exkrementen; legte Darznaht an und machte eine komplette Irrigationsspülung des Peritoneums; trotzdem Tod nach 36 Stunden.

Das Keuchhusten-Serum und die Medikamente gegen Tussis convulsiva. Vargas gibt einen Ueberblick über die gegen Keuchhusten angewendeten Medikamente; für das beste hält er das Phenolchlorhydrat, welches er zum erstenmale 1895 empfahl und mit dem er das Heroin vereinigte; mit diesen beiden ist ein wirksames Sedativum erzielt. Im November 1903 begann er mit der Anwendung des Serums von Leuriaux; die ersten Versuche waren nicht sehr günstig. Bei sechs Kindern wurde mit dem Serum allein keine Erleichterung erzielt. Da Redner bisher das Serum nur in vorgeschrittenen Fällen und niemals zu Beginn angewendet hat, so unterläßt er es, ein endgültiges Urteil zu fällen, meint aber, daß das Serum allein nicht instande sei, allen Teilerscheinungen des Keuchhustens wirksam zu begegnen.

In der Diskussion bestätigen Sarabia, Criado, Alfaro, Fernandez Calatraveno die Wirksamkeit des Phenokoll bei Tuss. convulsiva; in einem Falle wurde eine Intoxikation durch Heroin (5 cg pro die) beobachtet; keiner der Redner hatte das Serum verwendet.

Behandlung der Tuberkulose bei Kindern mit Fleischsaft und rohem Fleisch.

Josias und J. Roux geben systematisch jedem tuberkulösen Kinde 150 g Fleischsaft und 100 g rohes Fleisch täglich; die Diagnose wird durch die Temperatursteigerung nach Injektion von Tuberkulin oder durch den direkten Nachweis der Bazillen gemacht. Auf solche Weise wurden 46 Kinder behandelt; bei 4 mit Meningit. tbc. war das Resultat negativ; ebenso bei einem Kinde mit Tuberkulose, welche nach Masern und Keuchhusten auftrat. 1 Fall von Pott wurde gebessert, dasselbe war bei 10 Kindern mit tuberkulöser Peritonitis der Fall. 4 Kinder mit Lungentuberkulose können als

geheilt gelten. Während bei bloßem Bestand von Affektionen, die durch den Tuberkelbazillus verursacht werden, Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme erzielt wird, bleibt diese Behandlung unwirksam, wenn es sich um Mischinfektionen handelt.

Ueber Tuberkulose der Kinder in Buenos-Aires. Arazo Alfaro berichtet darüber folgendes: In den Jahren 1892 bis 1902 kommt die Tuberkulose in allen Formen vor mit 10.96% bis 11% der Gesamtsterblichkeit oder 2.01% bis 2.42% der Einwohnerzahl. Diese geringe Verbreitung ist darauf zurückzuführen, daß die Stadt viel Luft hat und die sanitären Verhältnisse günstig sind. Im ersten und zweiten Lebensjahre ist die Sterbeziffer der Tuberkulose ungefähr so groß wie die Zahl der Todesfälle nach Masern und Keuchhusten. Die Einbruchsporten sind am häufigsten die Lungen, viel seltener die Verdauungswege. Tuberkelkranke Kühe gibt es selten in Buenos-Aires, die Milch ist kaum virulent. Die Formen mit strikter Lokalisation sind sehr selten. Ist die klinische Diagnose zweifelhaft, so bringt die Injektion von Tuberkulin die Entscheidung.

Wie stellt sich in einem gegebenen Falle die ärztliche Erfahrung bei der Kuhmilch-Ernährung der Kinder zu der Annahme der Uebertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen? Nach Ansicht Rehn's, der über diese Frage spezielle Erhebungen angestellt hat, besteht eine Gefahr der Uebertragung nicht.

Pathogenese und Therapie der Paralysis pseudohypertrophica. Dr. Criado vertritt die Ansicht, daß es sich um eine spinale, nicht muskuläre Erkrankung handle und schließt dies aus der Bilateralität der Läsionen, aus ihrer Gleichartigkeit auf beiden Seiten, aus der symmetrischen Atrophie, aus der Verbreitung der muskulären Veränderungen und dem bisweilen vorkommenden Bestand von Imbezillität. Es handle sich wahrscheinlich um eine aktive Kongestion der Medulla, welche eine Hypertrophie des Muskelgewebes herbeiführe. Behandlung: Bettruhe, Milchdiät. Revulsiva an der Wirbelsäule.

Schnupfen bei Brustkindern als Zeichen der Syphilis. Dr. Lope Carralero: Der Schnupfen ist eines der konstantesten Symptome der hereditären Syphilis. Sind keine Antezedentien nachweisbar oder verheimlichen die Eltern dieselben, so bildet der Schnupfen ein spezifisches Symptom. Es ist dringend eine Therapie nötig, weil Gefahr besteht und das Stillen verhindert wird, was den Tod verursachen kann. Diskussion: Dr. Vargas hat Fälle von hereditärer Syphilis gesehen ohne Schnupfen. Dieser hänge ab von der Lokalisation, die nicht immer konstant und gleichmäßig ist. Das Charakteristikum dieses Schnupfens bildet ein serös-sanguinolentes Exsudat, welches später purulent und fätid wird und die Haut der Oberlippe reizt. Außerdem bestehen nebstdem auch andere allgemeine Symptome der Syphilis.

Begriff, Pathogenese der Little'schen Krankheit. Conzetti demonstriert eine Serie von mikroskopischen Bildern der Rückenmarks-Querschnitte eines Kindes, welches an Little'scher Krankheit starb. Man sieht in weitem Umfange sklerosierte Stränge, Destruktion der Vorderhörner der grauen Substanz, was, anstatt zu beleuchten, das Problem noch mehr verdunkelt.

Malaria bei Kindern: Dr. Valagussa teilt einige Erfahrungsdarüber mit.

Zwei Fälle von cerebello-bulbären Tumoren bei Kindern. Dr. Sax berichtet über den Krankheitsverlauf derselben.

Sarkome innerer Organe bei Kindern. Dr. Arazo Alfaro demonstriert in seinem und im Namen Dr. Santos eine Kollektion von zehn Fällen, von denen bei Kindern von 2 bis 3 Jahren 1 Fall, bei 3- bis 5jährigen 4 Fälle, bei 5- bis 10jährigen 4, bei 11jährigen 1 Fall zur Beobachtung kam. Nach Vortragendem kommt das Sarkom sehr häufig bei Kindern vor; die primäre Lokalisation war viermal im Mesenterium, zweimal in den Nieren, zweimal im Kleinhirn, einmal im Darm, einmal in der linken Lunge. Neun Sarkome waren globo-cellular, eines ein Gliosarkom. Kaum bestand Drüsenschwellung, die Kachexie trat erst gegen Ende auf. Nur

das Lungsarkom war von Fieber begleitet. Für die Operation zugänglich waren die Nierensarkome, die Mesenterialsarkome inoperabel. Vargas hält nicht die Sarkome, sondern die Angiome für die häufigsten Neoplasmen des Kindesalters. Charakteristisch für die Sarkome des Kindesalters ist die Malignität, so daß wir sagen können, es spiele in dieser Zeit dieselbe Rolle wie das Karzinom beim Erwachsenen.

Das Magnesium-Benzoljodür, gegen Infektionskrankheiten der Kinder. Vidal-Puchals hält dieses Präparat für ein Spezifikum gegen die Infektionskrankheiten des Kindesalters.

Vierte Sitzung.

Bakterien als Ursache von Chorea, Endokarditis und Gelenksrheumatismus.

Poynton demonstrierte mehrere Herzen von Kaninchen (in Formol-lösung aufbewahrt) und Zeichnungen nach histologischen Präparaten. An den Herzklappen bemerkt man eine Reihe von Knötchen, welche in Aussehen, Farbe, Größe verschieden sind, je nach den injizierten Bakterien. Die letzten statistischen Untersuchungen haben gezeigt, daß eine innige Beziehung zwischen Chorea und Rheumatismus besteht, die Aetiologie des rheumatischen Fiebers und der Chorea ist nach der Infektionstheorie dieselbe. Wenn die Infektionstheorie der Chorea richtig ist, so muß diese Affektion von dem Einwirken der Bakterien auf das Nervensystem abhängig sein oder von der Einwirkung von Toxinen. Im Beginne der Chorea rheumatica finden sich Bakterien im Nervensystem. Dies hatten Poynton und Paine an Tier-Experimenten nachgewiesen. Nach Einimpfung der Gelenksrheumatismus-Diplokokken fand man bei Kaninchen die Mikroben in der Pia mater und in dem Endothel der kortikalen Kapillaren; vor dem Tode beobachtete man bei den Tieren choreatische Bewegungen. Auch wiesen die Autoren die Mikrokokken in einem Falle von tödlich verlaufener Chorea am Menschen nach in der Valvula mitralis, in Cortex cerebri und in der Pia über dem motorischen Teile der Großhirnrinde!

Poynton fand Diplokokken im Urin eines 7jährigen Kindes, welches an Gelenksrheumatismus und Chorea litt, und konnte bei einem Kaninchen, dem er eine Kultur derselben intravenös injizierte, Arthritis, Endokarditis und Perikarditis erzeugen. Redner hält die Chorea, den Gelenksrheumatismus und die Endokarditis für bazillär und meint, daß die Embolientheorie der Chorea durch eine andere ersetzt werden müsse, welche eine bakterielle Lokal-Infektion des Nervensystems annimmt. Die exakte Lokalisation der choreatischen Bewegungsursache konnte noch nicht vorgenommen werden. Auch kann es nicht aufrecht erhalten werden, daß jede Chorea rheumatisch sei.

Bedeutung der Milzvergrößerung als diagnostisches Zeichen der hereditären Syphilis. Marfan behauptet, daß auch bei dem Fehlen anderer Symptome aus diesem Zeichen die Heredosyphilis diagnostiziert werden kann, auch gäbe es eine Pseudoleukämie. Redner beruft sich auf eine reiche Statistik. Diskussion: Vargas berichtet über zwei Fälle von Splenomegalie als Zeichen von hereditärer Syphilis; der eine betraf ein schwächliches atrophisches Kind mit Milzvergrößerung; der andere ein zweiwöchentliches, bei welchem Milzvergrößerung, Osteoperiostitis und Parrot'sche Krankheit an beiden unteren Extremitäten beobachtet wurde; bei dem letzteren bestanden außerdem Kondylome am Anus.

Die Periodizität der organischen Entwicklung während der Schulzeit und ihre Bedeutung. Atlassoff: Das Wachstum verläuft periodisch, u. zw. in verschiedenen Perioden. In 20% auf einmal, in 60% in zwei Etappen und in 12% in drei Phasen. Die anderen Körperdimensionen folgen in gleichem Rhythmus. Während dieser Wachstumsperioden macht sich eine Tendenz zum Erkranken bemerkbar; ferner physische und psychische Schwäche. Deshalb sollten die Programme des Schulunterrichtes insofern damit in Uebereinstimmung gebracht werden, daß nicht die Ueberbürdung mit Lehrstoff mit physischer Schwäche zusammentrifft. Durch Ver-

meidung der geistigen Ueberbürdung wird sich auch zu gleicher Zeit die physische beseitigen lassen und damit ist auch Prophylaxe gegen Krankheiten, namentlich infektiöser Natur, bewirkt. Diskussion: Vargas meint, daß sich diese Periodizität nicht nur im Längenwachstum, sondern auch im Gewichte nachweisen läßt. Er konnte durch die Wage nachweisen, wie während einiger Zeitperioden das Gewicht stationär bleibt, in anderen dagegen auffallend zunimmt. Die geringere Resistenz, die Schwäche zeigt sich klinisch auch durch das Wachstum; es gibt Kinder, welche, wenn sie nach einem fieberhaften Zustande von der Dauer einiger Tage das Bett verlassen, eine beträchtliche Längenzunahme zeigen. Dieser Wechselbeziehung von Längenzunahme und Schwäche entsprechen die Kapitel mehrerer Lehrbücher mit dem Titel: Krankheiten des Wachstums.

Die Widal'sche Serumreaktion bei Kindern. Josias: Die Serumreaktion ist bei Kindern mit wenig Unterschied denselben Variationen unterworfen, wie beim Erwachsenen. In mehr als 70% der Fälle ist sie positiv vor dem 10. Tage der Typhuserkrankung; ihr verspätetes Eintreten gibt keinen Gradmesser für die Schwere der Erkrankung. Es zeigt sich kein Unterschied in dem Agglutinationsvermögen bei Kindern unter 8 Jahren und älteren Kindern; bei allen war die Reaktion sehr intensiv und gleichmäßig; in 5 Fällen, wo sie verspätet erschien, waren die Kinder 14 Jahre alt und die klinische Form der Erkrankung war sehr ähnlich der bei Erwachsenen vorkommenden. Die Serumreaktion ist sehr nützlich und es ist ein Irrtum, wenn man behauptet, sie werde zu spät beobachtet. Das hat Vortr. nur in 5 Fällen unter 50 beobachtet. Bezüglich der Eigentümlichkeiten der agglutinierenden Reaktion bemerkte er, daß sie keine Modifikation durch die Injektion des Serums von Chantemesse erleide, sie trete vor und nach dieser Injektion auf.

Diskussion (Vargas): Die Serumreaktion ist ein wichtiges diagnostisches Mittel, weil bekanntlich in manchen Fällen die Typhusdiagnose sehr schwierig ist. Manchmal schwelle die Milz nur langsam an, es fehlt die Roseola, das Ileocöcalgurren ist zweifelhaft, der Gang der Temperatur unklar. Anderseits komme die Diazoreaktion auch bei anderen Affektionen vor und nicht immer sei es möglich, eine Milzpunktion zum Nachweise der Ebert'schen Bazillen vorzunehmen, auch finden sich in den Dejekten die charakteristischen Mikroben oft nicht vor dem 15. Tage oder noch später. Die Serumreaktion ist daher sehr geeignet, schon bald diagnostische Zweifel zu beheben.

Vargas spricht über Behandlung der Chorea mit Hedonal.

Criado empfiehlt in der Therapie der Chorea das Bromammonium; in der Diskussion sprechen sich Monti und Vargas dagegen aus.

Das Antipyrin und seine Unschädlichkeit bei Kindern. Gonzalez Alvarez berichtet über gute Erfolge mit Antipyrin und behauptet, eine rasche Heilung des Knochenschwunds und anderer Affektionen davon gesehen zu haben, wenn es in einer Dosis von 5, 10, 15 bis 25 g per Tag (!) gegeben wird. In der sehr erregten Diskussion, die sich an diesen Vortrag anschloß, erklärt Vargas diese Quantitäten für enorme, für toxische, welche Insuffizienz der Nieren, schwere Blutanomalien und Erytheme produzieren. Er verwende fast nie Antipyrin in der Kinderpraxis und als Antithermikum ziehe er Bäder, Einpackungen u. s. w. vor. Den anderen Indikationen könnte auch mit anderen Mitteln entsprochen werden, jedenfalls steige er niemals über 1 g pro die. Während der Influenza habe es bei Kindern und Erwachsenen oft schwere Folgezustände, sogar den Tod herbeigeführt. Criado protestiert vom Standpunkte des Gewissens gegen solche enorme Dosen, auch Calatraveno, Sarabia und andere leugnen die Toleranz gegen solche Dosen.

Pädagogische Therapie der taubstummen Kinder. Bejarano meint, taubstumme Kinder müssen einer besonderen Behandlungsweise unterzogen werden, wobei oft schöne Resultate erreicht werden. Bezüglich der Prophylaxe müsse der Ohrbefund bei allen exanthematischen Krankheiten untersucht werden, namentlich bei Kindern unter fünf Jahren.

Vargas: Beitrag zum Studium der Diplegien. Das Wort Diplegie ist zweideutig, da es sowohl bilaterale als hemilaterale Prozesse, ausgesprochene Lähmung wie auch die Little'sche Krankheit umfaßt, welche letztere doch Symptome von muskulärer Hypertonie — gerade das Gegenteil von Lähmung — aufweist. Deshalb möge das Wort Diplegie eliminiert und durch die Bezeichnung spastische Affektion ersetzt werden.

Redner demonstriert zur Illustration einen Fall von Little, der 9 Monate nach der Geburt infolge von Keuchhusten auftrat (2 Photographien), ferner 1 Fall von spastischer Hemiplegie mit Hemiatetose (Photographie im allgemeinen und der Hände), 1 Fall von spastischer Paraplegie, 1 Fall von Athetose der beiden Arme und 1 Fall von Athetose des linken Beines nach Ablauf von Poliomyelitis anterior.

Die Klassifikation dieser Krankheiten ist folgende:

a) Little'sche Krankheit: Beugekontraktur der Extremitäten;
b) spastische Paraplegie oder Hemiplegie: Rigidität der Extremitäten in Extensionsstellung; bei Berührung läßt sich tetaniforme Kontraktion erzeugen;

c) Athetosis: unwillkürliche Bewegung von geringem Umfang in regelmäßigem Rhythmus.

Thalassotherapie. Latour sprach über dieses Thema und erklärte die Errichtung von maritimen Sanatorien für skrofulöse und auf Tuberkulose verdächtige Kinder für nötig. Diskussion: Vargas rügt es, daß in Spanien, wo eine so viele Kilometer lange Küste zur Verfügung steht, solche Sanatorien noch nicht gegründet sind, unsomewhat, als abgesehen von den großen Vorteilen für die Kranken, auch die Spitäler entlastet würden. Criado meint, es sollten auch Sanatorien in Gebirgsgegenden gegründet werden.

Vargas: Pädiatrische Semiotik. So nennt er die Aufmerksamkeit auf Krankheitszeichen. — Darin besteht zum großen Teile das Genie des Pädiaters! Ein Kind ist z. B. ungelehrig und widerspenstig gegen diese Untersuchungsmethode, dann muß der Pädiater durch klinischen Blick und rasche Perzeption zu seinen Erwägungen gelangen. Bei der Privatklientel haben wir den Rückhalt in der Anamnese, die uns die Eltern mitteilen, wenn wir auch die subjektiven Empfindungen des Kranken nicht kennen; bei den Spitalskindern fehlen uns auch diese anamnestischen Angaben, deshalb hat Vortragender seit 14 Jahren bei den Spitalspfleglingen jene diagnostische Methode geübt, welche er die diagnostische Orientierung nennt. Diese vertritt die Anamnese und die subjektiven Angaben. Er untersucht, ohne ein Wort zu fragen, Kopf, Gesicht, Mund, Hals, Brust, Abdomen, Extremitäten. Bei dieser systematischen Inspektion findet er gewiß die kranke Region, das kranke Organ und ergänzt dann den Befund durch die gewöhnlichen diagnostischen Hilfsmittel, chemische, mikroskopische, radio-kopische und bakteriologische Untersuchungsmittel. Diese diagnostische Orientierung ist auch für den Unterricht sehr nützlich, weshalb er auch seine Schüler dazu nötigt. Immer gelang es ihm, auf solche Weise zur Diagnose zu gelangen.

Sisto: Präventiv-Institute für Kinder. Schulkinder sollten durch einen Arzt untersucht werden, um nach ihrem physischen Zustande getrennt werden zu können. Die Anämischen, Skrofulösen, Geschwächten sollten wegen ihrer Disposition zu Krankheiten, namentlich zur Tuberkulose, in eigenen Instituten wohnen, wo sie ihren Unterricht genießen können. Das geeignetste Alter für die Inangriffnahme solcher Präventiv-Maßregeln ist zwischen dem 6. bis 15. Lebensjahre.

Albaladejo: Ueber den Alkoholismus in der Kindheit. Auch bei Kindern erzeugt Alkohol viele nachteilige Folgen, namentlich im Verdauungstrakt, Leber- und Nervensystem.

INHALT. Originalmitteilungen. Brünig. Ueber die Beziehungen zwischen Lebererkrankungen und postmortalen Oxydationskraft des Lebergewebes 129. — Thiernich. Sektionsbefund bei einem Falle von Mongolismus 134. — c. Torday. Xanthoma tuberosum bei einem Kinde 140. — Anatomie

und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. *Mensi*. Hassal'sche Körperchen 141. — *Duenas*. Fieber bei Säuglingen 142. — *Cook*. Blutdruckbestimmung 142. — *Disse*. Durchgängigkeit der jugendlichen Magendarmwand für Tuberkelbazillen 143. — *v. Behring*. Tuberkulosebekämpfung 143. — *Runge*. Tuberkulose der Placenta 143. — *Jabolotoff*. Pathologie der Nervenzelle bei Typhus und Diphtherie 144. — *Caillé*. Kreislaufstörungen bei akuten Erkrankungen 145. — *Berger*. Gelatine als Hämostatikum und die Behandlung der Aneurysmen 145. — *Klibonski*. Hydrotherapie 146. — **Physische und psychische Entwicklung; Schule**. *Engelmann*. Stadtkinder 146. — *Foveau de Courmelles*. Ausnützung der Instinkte 146. — *Kuhn*. Hygiene des Unterrichtes 146. — **Ernährung und Stoffwechsel**. *Bartley*. Rohe Milch als Säuglingsnahrung 147. — *Schloßmann*. Kalorimetrische Untersuchungen 147. — *Pacchioni*. Hepatitis mit schwerer Gelbsucht 147. — *Ausset und Brassart*. Meningitische Erscheinungen bei Magendarmstörungen 148. — *Paternó*. Athrepsie 148. — *Jennings*. Autointoxikation 149. — *Cronheim und Müller*. Einfluß der Sterilisation der Milch auf den Stoffwechsel des Säuglings 149. — **Klinik der Kinderkrankheiten**. *Stoeltzner*. Viscerale Rhachitis 149. — *Concetti*. *Abt, Albarel*. Behandlung der Rhachitis 150. — *Pearson*. Kruppöse und Bronchopneumonie 151. — *Porcelli*. Splenopneumonie 151. — *Fischer*. Cerebrale Pneumonie 151. — *Nobécourt und Voisin*. Lumbalpunktion bei Bronchopneumonie 151. — *Bernd*. Mitraliserkrankung 152. — *Zuppinger*. Diffuse chronische Myokarditis 152. — *Eversmann*. Entbindungs lähmung 152. — *Degré*. Hydrocephalus chronicus 153. — *v. Bokay*. Systematische Lumbalpunktion bei Hydrocephalus chron. 153. — *Elterich*. Tetanie 153. — *Comts*. Ependymitis 153. — *Berghinz*. Cerebrospinalmeningitis 154. — *Muir*. Mongolismus 154. — *Engelmann*. Sporadischer Kretinismus 154. — *Caillé, Walz*. Plötzlicher Tod 154. — *Ely*. Zyklisches Erbrechen 155. — *Alt*. Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Ohres 155. — *Treitel*. Taubstummheit und Hörübungen 155. — *Myles*. Behandlung der Tonsillen seitens des Hausarztes 156. — *Lautenbach*. Adenoide Vegetationen 156. — *v. Düring*. Syphilisimmunität 156. — *Fruhinsholz*. Syphilis 156. — *Finger, Matzenauer, Finger*. Vererbung der Syphilis 157. — *Salomon*. Multiple Pneumokokken-Arthritis bei hereditär-syphilitischem Kinde 157. — *Swift*. Purpura rheumatica 157. — *Mitchell*. Amygdalitis 157. — *Cardamatis*. Noma 157. — *Cozzolino*. Erythema scarlatiniforme desquamativum 157. — *Flaniani*. Bakteriurie bei Typhus 158. — *Sioboda*. Vaccina generalisata 158. — *Holub*. Kopftetanus mit Hypoglossusparese 159. — *Mongour*. Intravenöse Injektion von Diphtherie-Heilserum 159. — *Goepfert*. Diphtheriebehandlung 159. — *Coruba*. Behandlung der Larynxstenose bei Masern 160. — *Saunders*. Pilokarpin bei Scharlach 160. — *Méry und Guillemont*. Lymphadénie splénique 160. — *Sutherland*. Tuberkulöse Peritonitis 160. — *Damianos*. Operative Radikalbehandlung der Kniegelenks-Tuberkulose 161. — *Schramm*. Tuberkulose der Knochen und Gelenke am Fuße 161. — *Bürger*. Hemignathie 162. — *Schönfeld*. Pseudohemaphrodismus 162. — *de la Comp.*. Angeborene Herzfehler und Persistenz des Duct. arter. Botalli 163. — *Weydting*. Bauchblasendarm- und Genitalspalte mit Myelocystokele 163. — *Hall*. Angeborene Dilatation des Dünndarms 163. — *Kelley*. Dermoideysten 163. — *Curtis*. Sarkom an der Schulter 164. — *Leroux*. Lymphadenom des Mediastinums 164. — *Schneider*. Cystadenom der Schilddrüse 164. — *Cotton*. Folgen enger Windeln 164. — *Pescatore*. Volvulus 164. — *Freund*. Pylorusstenose 165. — *Hibler*. Uterusprolaps 165. — *Groß*. Osteomyelitis ossis sacri 165. — *Sippel*. Intubation bei Larynxstenosen 166. — *Doustreberte und Croisier*. Traumatische Epilepsie 166. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge**. *Wurtz*. Säuglingssterblichkeit und Fürsorge 167. — **Uebersicht der ungarischen pädiatrischen Literatur** 167. — **Berichte**. XIV. internat. med. Kongreß zu Madrid 170.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen. (c

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von **Dr. Arthur Keller-Bonn.**

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Juli.

Band II. Nr. 4.

Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien.

Die Behandlung der Nabelhernien der Kinder mittels Paraffinpelotte.

Vortrag, gehalten auf dem internat. med. Kongresse in Madrid von
Theodor Escherich.

(Der Redaktion zugegangen am 17. Juni 1903.)

Die Nabelhernie oder richtiger der Nabelringbruch ist eine der häufigsten und trotz seiner Harmlosigkeit lästigsten Krankheiten des frühen Kindesalters. Ich will hier nicht auf die noch keineswegs genügend erforschte Aetiologie und Pathogenese der Krankheit eingehen, sondern nur einige Bemerkungen zur Behandlung machen.

Der Nabelring hat bekanntlich in diesem Alter, insbesondere in der Zeit, in welcher die Kinder anfangen zu sitzen und zu stehen und der Bauchumfang infolge der stärkeren Entwicklung der Bauchmuskulatur sich verringert, eine lebhafte Tendenz, sich zu schließen, und tut dies auch, insofern er nicht durch die hervorgetretenen Därme mechanisch daran gehindert wird. Tatsächlich sehen wir, daß eine große Zahl der in den ersten Lebenswochen entstandenen Nabelhernien in dieser Zeit spontan oder bei einer nur ungenügend durchgeführten Behandlung zur Heilung kommt. Allein dies gilt doch nur für die kleineren Nabelhernien, während diejenigen, bei welchen es zu einer stärkeren Dehnung des Nabelringes gekommen ist, nicht selten bestehen bleiben und dann meist für das ganze Leben, so daß das dauernde Tragen eines Bruchbandes oder die immerhin nicht ungefährliche Radikaloperation erforderlich wird. Schon aus diesem Grunde ist die frühzeitige und sorgfältige Behandlung der Nabelhernien indiziert, die überdies auch seitens der durch die Geschwulst beunruhigten Angehörigen gefordert wird.

Die Behandlung kann sich im ersten und zweiten Lebensjahre darauf beschränken, den den Verschuß hindernden Durchtritt des Bruchinhaltes zu verhindern; zu operativen Eingriffen wird man nur selten sich veranlaßt sehen. Es geschieht dies durch das Anlegen von Heftpflasterverbänden, welche entweder kreuzförmig oder zirkulär über dem Bauche befestigt werden. Ich halte die letzteren für die weitaus wirksameren, jedoch müssen sie vom Arzte selbst angelegt und gewechselt werden. Beide Methoden haben den Nachteil, daß die Haut unter dem impermeablen Pflaster gereizt wird und die Behandlung deshalb zeitweise unterbrochen, ja sogar aufgegeben werden muß. Ich bediene mich, um dies zu verhüten, seit langem einer kleinen Modifikation, welche darin besteht, daß ich zunächst einen Streifen des absolut reizlosen Zinkpflasters (Marke Beiersdorf) in der Nabelhöhe rings um den Leib gebe und erst über diesem Streifen das Klebepflaster anlege und kräftig anziehe. Dieser Verband, der auch das Baden verträgt, bleibt durch 8 Tage liegen und muß auch in günstigen Fällen bis zur Heilung 3 bis 4mal erneuert werden. Aber auch damit gelingt es nicht immer, die Hautreizung hintanzuhalten, auch ist der Preis des Zinkpflasters ein so hoher, daß es für die ambulatorische Praxis kaum verwendet werden kann. Noch schwieriger ist die Frage der Pelotte. Es ist vielleicht nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, daß halbkugelige oder zugespitzte Pelotten (Muskatnuß, Wattekugeln), auf die Bruchpforte gelegt, direkt den Verschuß des Nabelringes verhindern. Flache Pelotten sind zulässig, aber leicht verschieblich, so daß sie bei Lockerung oder Verschiebung des Verbandes nicht mehr schützen. In der Regel begnügt man sich mit der Benützung einer Hautfalte. In allen diesen Fällen bleibt aber der Nachteil, daß bei dem unvermeidlichen Wechsel der die Pelotte fixierenden Verbände oder wenn dieselben aus äußeren Gründen nicht getragen werden können, der Bruch beim Schreien des Kindes durch die noch offene Bruchpforte sofort heraustritt und damit den eingeleiteten Heilungsprozeß verzögert und das schon erreichte Resultat schädigt. Dieses Vorkommnis läßt sich beim Nabelbruch nur mittels einer fest mit der Haut verbundenen unverschieblichen Pelotte vermeiden und das Bestreben nach Lösung dieses Problems legt den Gedanken nahe, die geistvolle Idee Gersunys von der subkutanen Prothese (Ztschr. f. Heilkunde 1900) für die Behandlung der Nabelhernien zu versuchen. Ich habe diesen Plan schon in Graz gemeinsam mit Prof. Ebner, dem Primarius der chirurgischen Abteilung der dortigen Kinderklinik, erwogen; den äußeren Anstoß zur Ausführung desselben erhielt ich aber erst durch den Vortrag, den Dr. Mocz-kowicz „Ueber subkutane Paraffininjektionen“ (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 2) am 12. Dezember 1902 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte hielt. Unterstützt von Dr. Preleithner, Sekundarius der chirurgischen Abteilung des St. Anna-Kinderspitals, begann ich kurz darauf mit den praktischen Versuchen, deren Resultate, wie ich gleich vorwegnehmen will, meine Erwartungen weitaus übertroffen haben.

Zur Behandlung kamen bisher 30 Kinder zwischen 1 bis 14 Monaten; nur ein Kind mit einer sehr kleinen Nabelhernie ist 5 Jahre alt. Die überwiegende Zahl gehört dem zweiten und vierten Lebensmonate an. Die Größe der zu tastenden Bruchpforten wurde zwischen 3 bis 20 mm geschätzt. Die Größe und Form des Bruches selbst wechselt natürlich in weiten Grenzen. Die Mehrzahl derselben waren vorher mit Heftpflasterverbänden behandelt worden.

Die Technik der Operation ist gegenüber der Gersuny'schen Vaselininjektion dadurch erschwert, daß ich zur Bildung einer widerstandsfähigen Pelotte ein bei 39° schmelzbares Paraffin verwende, das in einem auf ca. 50° eingestellten Wasserbade flüssig erhalten wird. Als Spritze dient eine ca. 8 cm³ fassende sterilisierbare Metallspritze. Die Kanüle wird aufgeschraubt und trägt eine kurze, ziemlich stark gekrümmte Nadel. Am Stempel der Spritze ist eine verstellbare Schraube angebracht, welche die Menge des zu injizierenden Paraffins reguliert. Nach sorgfältiger Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes faßt der Operateur den Nabelbruch mit den Fingern der linken Hand und reponiert durch seitliche Kompression den Inhalt desselben in die Bauchhöhle. Die rechte Hand faßt die mit einem Gazeläppchen umwickelte, gefüllte Spritze und sticht die Nadel in der oberen Peripherie des Bruchsackes meist in der Medianlinie so durch die Haut, daß die nach oben gerichtete Spitze frei in dem leeren Bruchsacke beweglich ist. Ein Assistent schiebt alsdann den Stempel bis zur vorher bestimmten Marke vor und gleichzeitig damit läßt die linke Hand mit der Kompression nach, so daß der Bruch sich noch einmal in ganzer Größe präsentiert. Hierauf wird durch 1—2 Minuten eine Eiskompresse auf den Bruch aufgelegt*) und dann erst, wenn die Erstarrung eingetreten, die Nadel entfernt. Der Stichkanal wird sorgfältigst mittels Kollodium verschlossen. Ueber den Bruch werden alsdann zwei Gazeläppchen als Kompressen aufgelegt und durch Zinkpflaster befestigt; darüber ein fest angezogener zirkulärer Heftpflasterverband (wir verwenden dazu eine Mischung von Ung. diachylon comp. und Ceratum fuscum aa) straff angezogen und durch einige Bindentouren versichert. Der Verband bleibt durch 8 Tage liegen. Erst nach Abnahme desselben gewinnt man ein Urteil über die Wirkung der Injektion.

Die Hernie ist verschwunden und tritt auch beim stärksten Pressen des Kindes nicht wieder hervor. An ihrer Stelle fühlt man eine flache, unverschieblich unter der Haut fixierte Pelotte, welche die Bruchpforte völlig überdeckt und sie seitlich überragt.

Diese Paraffinpelotte entsteht dadurch, daß das in den leeren Bruchsack injizierte Paraffin durch den Druck der von unten her anpressenden Darmschlingen in der Kuppe des Sackes zusammengedrängt wird und dort infolge der Abkühlung (Eiskompresse) zu einer zunächst noch fest-weichen, plastischen Masse erstarrt, welche gleich einer Kalotte die Wölbung des Bruchsackes ausfüllt. Durch

*) Entsprechend einem von Dr. Weil in der Diskussion gemachten Vorschlage, verwenden wir jetzt einen auf den Bruch gerichteten Aether- oder Chloräthylspray zur Abkühlung.

Anlegen des Druckverbandes wird der Bruch in die Ebene der Bauchwand herabgedrückt und das allmählich zu einer harten Masse erstarrende Paraffin füllt in Form einer Platte den abgeplatteten Bruchsack aus und verschließt deckelartig die Bruchpforte. Wir hatten noch nicht Gelegenheit, dieses Verhältnis an Leichenpräparaten zu studieren, allein die klinische Beobachtung hat uns davon überzeugt, daß die Injektion in die ausgestülpte Peritonealhöhle ganz reaktionslos ertragen wird und einen dauerhaften Verschuß der Bruchpforte bildet. Am günstigsten liegen die Verhältnisse bei Nabelhernien mit kleiner, 1 cm im Durchmesser nicht überschreitender Bruchpforte. Diese Hernien sind auch durch ihre geringe Größe und die längliche, an der Basis eingeschnürte Form kenntlich. Ähnlich verhalten sich auch die kleineren Lücken der Linea alba, die man bei Kindern nicht allzu selten antrifft und die auch zu subjektiven Beschwerden Veranlassung geben können. Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse bei den großen, mit breiter Basis aufsitzenden Hernien, welche eine Bruchpforte von mehr als 1 cm aufweisen. Ich wagte anfangs gar nicht, dieselben zu injizieren, in der Befürchtung, daß das Paraffin in die Bauchhöhle versinken würde. Allein es scheint, daß die Eingeweide, wenigstens bei dem schreienden und pressenden Kinde — ich vermeide deshalb auch die Narkose bei dem kurz dauernden und kaum schmerzhaften Eingriff — ein so dichtes Widerlager bilden, daß auch hier in vielen Fällen die Bildung einer Pelotte gelingt. Freilich muß dieselbe eine beträchtliche Größe haben und ballotiert anfangs noch auf den Eingeweiden. Jedoch gelingt es zumeist, durch längeres Tragen des zirkulären Verbandes noch nachträglich die Fixierung derselben und vollständige Heilung zu erzielen. Eventuell wäre durch eine Wiederholung der Injektion die vollständige Deckung der Bruchpforte zu versuchen.

Angesichts der in diesem Alter bestehenden Tendenz zur spontanen Heilung dürfen wir in allen Fällen, wo es gelingt, mittels der Paraffinpelotte den Bruch zurückzuhalten, darauf rechnen, daß auch, soweit dies möglich, der anatomische Verschuß des Nabelringes erfolgt. Dabei dürfte der, wenn auch geringe Reiz, welchen der Fremdkörper auf die Gewebe ausübt, sowohl auf die Verödung der Peritonealtasche als auf die Vernarbung des Nabelringes von wesentlichem günstigem Einflusse sein, so daß die Injektion auch als einfach unterstützendes Moment der alten Nabelverbände Verwendung verdienen würde.

Die bei Paraffininjektionen beschriebenen Zufälle (toxische Wirkung, Embolien etc.) sind mir niemals vorgekommen, obgleich im Anfange große Mengen injiziert wurden. Die Folge davon ist eine überflüssig große, die Bauchhaut vorwölbende Pelotte. Durch richtige Dosierung (1 bis 4 cm³) und sorgfältiges Anlegen des zirkulären Verbandes kann dies vermieden werden, ebenso die Vereiterung des Stichkanales und eine kleine, auf der Höhe der Pelotte entstandene Drucknekrose der Haut, die wir je einmal beobachteten. Der einzige Zwischenfall, der sich öfters ereignet, ist die Ver-

stopfung der Kanüle infolge der zu raschen Erstarrung des Paraffins. Man ist dann genötigt, das Einstechen zu wiederholen, wobei dann ein Teil des Paraffins durch die frühere Stichöffnung wieder herausfließen kann. Es muß deshalb alles sorgfältig vorbereitet sein und die einzelnen Akte rasch aufeinander folgen. Zur Verwendung besonderer Thermophorspritzen haben wir uns noch nicht veranlaßt gesehen, wohl aber benützen wir in letzter Zeit einen Thermophorapparat zum Flüssigerhalten des Paraffins und zum Vorwärmen der Spritze.

Gerade die Einfachheit des Instrumentariums und die Gefahrllosigkeit des Eingriffes scheint mir neben der Raschheit und Sicherheit des Erfolges ein Hauptvorteil dieses Verfahrens zu sein. Es wird dadurch jeder, auch der nicht spezialistisch eingerichtete und geschulte Arzt, in den Stand gesetzt, die senlähmigen Zustand schnell in seinen Anfangsstadien zu beseitigen, so daß wir hoffen dürfen, daß große, in das spätere Leben hinübertragende Nabelhernien ebenso verschwinden werden wie der Klumpfuß oder die angeborene Hüftgelenksluxation, die ja auch heute nur ausnahmsweise bei Erwachsenen angetroffen werden.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Zangemeister und Meissl. *Vergleichende Untersuchungen über mütterliches und kindliches Blut und Fruchtwasser nebst Bemerkungen über die fötale Harnsekretion.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 16, S. 673.)

Die an 7 gesunden Kreißenden vorgenommenen Untersuchungen ergaben: Die Zahl der roten Blutkörperchen ist beim Kinde meist größer als bei der Mutter, während umgekehrt beim Kinde meist weniger weiße Blutkörperchen zu finden sind. Das kindliche Blut gerinnt unvollkommener als das der Mutter. Das Serum des mütterlichen Blutes hat einen beträchtlich höheren Eiweißgehalt als das des Kindes, es ist demnach das spezifische Gewicht und der Gesamtstickstoffgehalt des mütterlichen Serums auch größer als beim Kinde. Der Gehalt an Chloriden ist in beiden Blutarten derselbe. Der Stickstoffrest (Stickstoffkörper, die nach Ausfällen des Eiweißes in der Flüssigkeit bleiben) scheint bei der Mutter etwas größer als beim Kinde. Der Gefrierpunkt beider Sera ist derselbe. Ein Vergleich mit der Zusammensetzung des Fruchtwassers zeigt, daß in diesem der Gehalt an Chloriden etwas geringer ist als im Blute; die Gefrierpunktniedrigung des Fruchtwassers ist konstant geringer als die der beiden Blutarten. Da nun alle Körperflüssigkeiten — soweit sie nicht Produkte gewisser drüsiger Organe sind — denselben osmotischen Gesamtdruck haben müssen, so muß aus dieser Differenz geschlossen

werden, daß das osmotische Gleichgewicht durch Hineinfließen einer weniger konzentrierten Flüssigkeit dauernd gestört wird. Die Verf. fanden, daß der Urin des Neugeborenen eine molekulare Konzentration besitzt, die kaum halb so groß ist als die des Blutes (-0.203°). Daraus folgt, daß die geringe molekulare Konzentration des Fruchtwassers auf das Hineinfließen von fötalem Urin zurückzuführen ist. Da die Verf. diese Gefrierpunktsdifferenzen auch vor der Geburt fanden, so folgt hieraus, daß der Fötus während der Gravidität regelmäßig uriniert.

Camerer (Stuttgart).

Josef Langer. *Ueber Isoagglutinine beim Menschen mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.* (Zeitschrift für Heilkunde, Heft V, 1903.)

Die Resultate der zahlreichen Experimente lauten: Im menschlichen Serum findet sich meist eine Vielheit von Agglutininen, die Erythrocyten eines Individuums sind, wenn überhaupt, in der Regel durch mehrere Serumarten agglutinierbar. Das Serum der Neugeborenen weist verhältnismäßig selten Isoagglutinine auf, während die Erythrocyten der Neugeborenen in gleicher Weise agglutinabel sind wie die älterer Kinder. Die Erwerbung der Agglutinine scheint in den ersten Lebensmonaten stattzufinden; es ist zur Zeit noch unentschieden, ob die Isoagglutinine, die sich im Kolostrum und der Milch finden, durch einfache Resorption bei normalen oder pathologisch veränderten Darmzuständen in den kindlichen Organismus gelangen oder ob die Isoagglutininbildung durch andere Stoffe angeregt wird.

Die Resorption von Blutergüssen erwies sich ebenso ohne Einfluß auf die Isoagglutininbildung wie akute oder chronische Infektionskrankheiten. Die Isoagglutination ist ein selbstständiges Phänomen, das mit der Isohämolyse nichts gemein hat.

Neurath (Wien).

Eckley. *Anatomic and Physiologic Correspondences of Child and Adult.* (Anatomische und physiologische Vergleiche zwischen Kindern und Erwachsenen.) (Journ. Amer. Med. Ass., 15. Mai 1903.)

Nichts Neues.

Wachenheim (New-York).

M. Perret. *Le nourrisson né avant terme. — Son hygiène générale et alimentaire. — Prophylaxie et traitement de la faiblesse congénitale.* (Rev. d'hygiène et de médecine infant., II, S. 113.)

Der Aufsatz, welcher dem im Druck befindlichen *Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson* des Verf. entnommen ist, bespricht die Gefahren der Abkühlung, die Ernährung und Ernährungsstörungen, sowie die kontagiösen Erkrankungen des frühgeborenen Kindes. Verf. stützt sich im wesentlichen auf die Erfahrungen Budins, denen er nichts Neues hinzufügt.

Keller.

G. Herxheimer. *Ueber die Wirkungsweise des Tuberkelbazillus bei experimenteller Lungentuberkulose.* (Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 33. Bd., 3. Heft, S. 363.)

Der Autor faßt die Ergebnisse seiner Experimente und Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

Die Tuberkelbazillen passieren die Trachea und gelangen so durch die Bronchien und Bronchiolen in die Alveolen, u. zw. in der überwiegenden Mehrzahl ungehindert, ohne das Bronchialepithel und somit die Bronchialwand anzugreifen. In den Alveolen werden sie fast momentan von teils abgestoßenen, teils noch wandständigen Alveolarepithelien (Staubzellen) aufgenommen. Auch diese letzteren stoßen sich infolgedessen ab. Gleichzeitig üben die Bazillen einen zerstörenden Einfluß auf die elastischen Fasern aus. Eine Folge dieser Zell- und Zwischensubstanz schädigenden Wirkung der Tuberkelbazillen ist eine Wucherung der fixen Elemente, sowohl der Epithelien als auch der fixen Bindegewebszellen, resp. Endothelien. Der Tuberkelbazillus übt weiters eine einzelne Zellen nekrotisierende Wirkung aus, sowie ferner eine chemotaktische auf polynukleäre Leukocyten. Da, wo die Bazillen in größeren Haufen liegen, geht das Gewebe in der Umgebung ganz zugrunde und es sammelt sich hier eine größere Zahl polynukleärer Leukocyten an. Diese gehen nun auch bald zugrunde. Dagegen treten Rundzellen besonders an der Peripherie des Tuberkels auf. Auf einer partiellen Nekrotisierung beruht die Bildung der Riesenzellen. Die fortgesetzte, die neugebildeten Zellen schädigende Wirkung der Bazillen hindert eine Bindegewebsbildung und Gefäßumbildung. Als eine Folge dieser Wirkung der wuchernden Tuberkelbazillen auf geschwächtem Boden kommt zuletzt die Totalnekrose, die Verkäsung, beginnend im Zentrum, wo zunächst die meisten Bazillen liegen, zustande.

Die andauernde Wirkung der Tuberkelbazillen wäre demnach das einzige, für den Tuberkel ganz Charakteristische. Durch diese Darstellung werden auch ohneweiters die im Anfange so geringen Unterschiede zwischen der Infektion mit lebenden Tuberkelbazillen und derjenigen mit abgestorbenen Bazillen, resp. sonstigen Fremdkörpern verständlich.

Im Prinzipie können diese Schlußfolgerungen der Tier-Experimente auch auf den Menschen übertragen werden, mit dem Unterschiede, daß bei der Infektion des Menschen, wo es sich nur um einzelne Bazillen handelt, der Gang der Veränderungen ein etwas anderer, naturgemäß besonders weit langsamer sein wird.

Unger (Wien).

Fritz Meyer. *Ueber Aronsons Antistreptokokkenserum.* (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. VII, S. 32.)

Auf Veranlassung von v. Leyden hat Verf. die Wirkungsweise des Aronson'schen Serums klinisch und experimentell geprüft. Die Zahl der klinisch beobachteten Fälle beschränkt sich bisher auf 18, darunter 5, bei denen ein sicherer Heilerfolg zu konstatieren war. (3 Fälle von Erysipel, 1 Fall Tonsillitis mit

eitrigen Belägen, Puerperalfieber.) Es handelt sich, soweit aus der Mitteilung ersichtlich, um Erwachsene.

Als Gegenindikation der Serumbehandlung bezeichnet Verf. das Bestehen größerer Entzündungen der serösen Häute, während das eigentliche Anwendungsgebiet in zwei Formen zerfällt. Die erste derselben, die Schutzimpfung, soll Anwendung vor Operationen, besonders an streptokokkenhaltigen Schleimhäuten und bei bösartigen und septischen Anginen finden, während die eigentliche Heiltherapie sich auf alle sicheren Streptokokken-Infektionen schwerer Art beziehen soll. Ein definitives Urteil über den Wert des Serums spricht Verf. nicht aus.

Keller.

J. Wischnowitz. *Theoretisches und Praktisches zur Eisentherapie.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 22, Seite 1046.)

Der Autor bespricht unter den neuen organischen Eisenpräparaten hauptsächlich das *Perdynamin*, eine hochmolekulare natürliche Eisen-Hämoglobin-Verbindung, von der er konstatiert, daß sich das Präparat nach seinen Erfahrungen überall dort glänzend bewährt hat, wo es sich darum handelte, die Blutbildung anzuregen und den Ernährungszustand zu heben, namentlich bei primärer Anämie (Chlorose), dann bei der sekundären, aus verschiedenen Ursachen entspringenden Anämie: Puerperium, Skrofulose, Phthise, Rekonvaleszenz nach akuten Infektionskrankheiten. Aufgefallen ist ihm die stark appetitanregende Wirkung des Präparates. Das Fehlen unangenehmer Nebenerscheinungen und Nachwirkungen kann er gleichfalls bestätigen. Unger (Wien).

J. B. Teich. *Ein neuer einfacher Impfschutzverband.* (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

Uhrglasförmige Schälchen aus Zelluloid, die mit einem flachen Rande versehen sind, werden von oben her mittels eines schmalen Ringes von salizylfreiem Collemplastrum adhaesivum über der Impfwunde befestigt.

Neurath (Wien).

Ernährung und Stoffwechsel.

G. Variot. *Accidents d'intolérance gastrique pour le lait de la mère chez un nourrisson élevé au sein.* (Bull. de la soc. de pédiat. de Paris. 1903, Nr. 3.)

Votr. erzählt die Krankengeschichte eines Säuglings, der, drei Monate alt, in seine Behandlung kam. Das Kind (Anfangsgewicht 3 kg) wurde von der Mutter gestillt und hatte zur Zeit ein Gewicht von 4720 g. Von Anfang an soll Erbrechen bestanden haben, das in den letzten drei Wochen nach jeder Nahrungsaufnahme eintrat. Einschränkung der Nahrungsmenge, Anlegen an eine Brust in 2½ stündlichen Pausen, Zugabe von zwei Mahlzeiten sterilisierter

Milch blieb ohne Erfolg, so daß Variot trotz des Fehlens jedes palpatorischen Befundes zu der Annahme eines Pylorospasmus und zum operativen Eingriff geneigt war. Vorher wurde noch ein letzter Versuch gemacht, das Kind einer anderen Frau an die Brust zu legen, mit dem Erfolge, daß das Erbrechen verschwand und regelmäßige Gewichtszunahme sich einstellte. Verf. warnt vor frühzeitigem chirurgischen Eingreifen bei Verdacht auf Pylorospasmus, welch letzterer eine sehr seltene Erkrankung darstelle und häufig fälschlich diagnostiziert werde.

Keller.

Sharples and Darling. *Variation in the Composition of Human Milk.* (Veränderungen der Zusammensetzung der Frauenmilch.) (Boston Med. and Surg. Journ., 16. April 1903.)

Die normalen Prozentsätze fanden Verff. zu 2·91 Fett, 1·34 Proteïd und 7·01 Zucker. Die Variation war bei verschiedenen Frauen und oft bei derselben Person erheblich, zwischen den früheren und späteren Monaten der Laktation keine durchgreifenden Differenzen, dagegen bei Primiparen relativ weniger Fett und Proteïd und mehr Zucker als bei Multiparen.

Wachenheim (New-York).

Connors. *Key to Home Modification of Bottled Milk.* (Leitfaden zur Modifikation der in Flaschen käuflichen Milch zu Hause.) (Arch. Pediat., März 1903.)

Umständliche Tabellen, nach den allbekannten Regeln. Nichts Neues.

Wachenheim (New-York).

Brown. *Sterilized Milk, Pasteurized Milk or Clean Milk?* (Sollen wir sterilisierte, pasteurisierte oder reine rohe Milch bei der Kinderernährung anwenden?) (Arch. Pediat., April 1903.)

Verf. wiederholt die bekannten Anschauungen.

Wachenheim (New-York).

Townsend. *Cream for the Home Modification of Milk.* (Die Herstellung des Rahmes für die Milchmodifikation zu Hause.) (Boston Med. and Surg. Journ., 16. April 1903.)

Der zentrifugierte Rahm variiert stark von dem angegebenen Fettprozentsätze: nach achtstündigem Stehen gibt die Ausheberung der unteren Schichten genaue Resultate in der zurückgelassenen oberen Rahmschicht, das Verfahren bedarf jedoch zu hoher Intelligenzanforderungen für das gewöhnliche Publikum; das Abheben von der Oberfläche ist sehr inexakt. Dagegen empfiehlt Verf. das einfache Abgießen des Rahmes, wobei die Ergebnisse recht gut übereinstimmen. Folgende Tabelle wird gegeben (auf Metermaß reduziert) auf den Liter nach achtstündigem Stehen berechnet:

Oberste 100 cm³ 20⁰/₀iger Rahm; 200 cm³ 14⁰/₀iger Rahm; 250 cm³ 10⁰/₀; 350 cm³ 8⁰/₀; 500 cm³ 6⁰/₀.

Wachenheim (New-York).

J. Grósz. *Expériences d'alimentation par le lait modifié de Székely, en particulier chez les nourrissons malades.* (Rev. d'hygiène et de médecine infant., II., 155.)

Verf. teilt Ernährungsbeobachtungen an 22 Säuglingen mit. Die erzielten Gewichtszunahmen, die leider nicht in Kurvenform demonstriert werden, sind relativ gut, wenn auch die Darmstörungen mehr oder weniger lange Zeit bestehen bleiben. Im ganzen erscheinen die Erfolge günstig, wenn tatsächlich keine ungünstigen Erfahrungen verschwiegen sind. Die Beurteilung der Fälle wird erschwert, da ausführliche Angaben über die Vorgeschichte der Kinder, über die Erfolge der vorangehenden künstlichen Ernährung fehlen. (Siehe Referat Band II, S. 169). Keller.

Maurice Springer. *L'énergie de croissance et les lecithines dans les décoctions de céréales.* (Paris. Masson et Cie. Fr. 2·50 Encyclopédie scientifique des aide-mémoire de M. Léauté.)

Den Getreideabkochungen (2 Eßlöffel Weizen-, Gersten-, Roggen- oder Maiskörner werden 3 Stunden lang in 3 l Wassers gekocht, die auf 1 l eingekochte Flüssigkeit wird nach dem Erkalten durch ein feines Sieb geschlagen) schreibt Verf. einen erheblichen Einfluß auf das Wachstum zu, welchen er auf ihren Gehalt einerseits an organischen Substanzen, besonders Lecithin, und andererseits an Salzen zurückführt. Er stützt sich dabei auf jene Literatur, die dem Lecithin eine (nicht genau definierte) Wirkung auf den Stoffwechsel zuerkennt, bleibt aber den Beweis schuldig, daß in den Abkochungen tatsächlich Lecithin enthalten ist, wenn sich auch organische Phosphorverbindungen nachweisen lassen.

Therapeutisch kommen die Abkochungen auch beim Kinde in Betracht, und zwar wirken sie nach Verf. sowohl im Sinne einer Wachstumsförderung als auch im Sinne einer Wachstums-hemmung. Für beide Wirkungsweisen legt Verf. eine theoretische Begründung vor. Ebenso nützlich erscheint dem Verf. die Darreichung der Dekokte an Ammen und ebenso vielseitig in ihrer Wirkung: Zunahme der Milchsekretion, Verbesserung ihrer Qualität; Gewichtszunahme bei der Stillenden und beim Säugling.

Keller.

Morse. *Treatment of Acute Diarrhoea of Infancy.* (Behandlung der akuten Säuglingsdiarrhöe.) (Amer. Med., 2. Mai 1903.)

Akuter Durchfall kann im Anschlusse an Aufregung und Ermüdung einsetzen. Für diese Fälle empfiehlt Verf. Kalomel 0·006 mit Natr. bicarb. 0·06, stündlich zehnmal wiederholt. Hält die Krankheit einige Tage an, so ist Tannigen, resp. Tannalbin 0·2 bis 0·3 zu geben, Opium ist nur ausnahmsweise angezeigt.

Infektiöser Durchfall läßt sich klinisch in Gärungsdiarrhöe, Ileokolitis und Cholera infantum einteilen. Auch hier beginnt man am vorteilhaftesten mit Kalomel, für hartnäckiges Erbrechen Magenausspülung mit NaCl-Lösung oder Ac. boric. 1 bis 2%, Nahrung sollte 24 Stunden ganz ausgesetzt werden, später auch

keine Milch, sondern Eiweißlösung, Gerstenschleim, Fleischsaft, am besten aber sicherlich Uebergang zur Brustmilch. Medikation in diesem Stadium Bism. subnitr. 4 bis 8 g pro die. In Fällen von Cholera infantum ist Darmirrigation wichtig, bei Kollapszuständen Hypodermoklyse, Alkohol und Strychnin, gelegentlich Atropin und Opium, bei Besserung Behandlung wie in den leichteren Fällen.

Wachenheim (New-York).

Edsall. *Preliminary Communication concerning the Nature and Treatment of Recurrent Vomiting in Children. (Vorläufige Mitteilung über Wesen und Behandlung des wiederkehrenden Erbrechens bei Kindern.)* (Amer. Journ. Med. Sciences, April 1903.)

Verf. meint, daß der Erkrankung eine Acidose, ähnlich der diabetischen, zugrunde liege. Aceton und Acetessigsäure sind öfter im Urin nachweisbar. In den mitgeteilten Fällen wurde durch Darreichen von Natr. bicarb. rapide Aufhebung des Erbrechens erzielt.

Wachenheim (New-York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Hand. *Autopsy Statistics at the Childrens Hospital (Philadelphia) with reference to Tuberculosis and its Etiology. (Nekropsie-Statistik aus dem Kinderhospital, die Tuberkulose und ihre Actiologie betreffend.)* (Archives of Pediat., April 1903.)

Im ganzen 332 Sektionen, davon 115 tuberkulös, i. e. 34·6%. Die Eintrittspforte war in 75 Fällen durch die Luftwege, in 10 durch den Darm, in 30 nicht genau eruierbar (einer von den Tonsillen). Erkrankung der Bronchialdrüsen in 94, der Lungen in 70, der Milz in 55, der Mesenterialdrüsen in 53, der Leber in 52, der Hirnhäute in 36, des Darmes in 28, der Nieren in 26, des Bauchfells in 21, der Nebennieren in 11, der Mediastinaldrüsen in 10, des Herzmuskels in 10, der Knochen in 10, des Pankreas in 5, des Gehirns in 3, der Tonsille 1, merkwürdigerweise keine einzige Tuberkulose des Herzbeutels.

Wachenheim (New-York).

Kluge. *Beitrag zur Tuberkulose des Kindesalters und Prophylaxe derselben.* (Zeitschr. f. Tuberkul. u. Heilstättenwesen, IV. Bd., Seite 324.)

Von 150 Fällen, bei denen in der Kieler medizinischen Poliklinik in den Jahren 1892 bis 1898 Tuberkulose an Kindern unter 12 Jahren konstatiert wurde, scheiden 43 wegen mangelhafter Anamnese, 16 wegen zweifelhafter Diagnose aus; bei 40 war eine Ursache der Erkrankung und der Infektionsmodus nicht festzustellen. 32 von den Kindern hatten vorher an Masern, Keuchhusten oder Lungenentzündung gelitten. In 35 Fällen glaubt Verf. mit Sicherheit, zum mindesten mit großer Wahrscheinlichkeit, die tuberkulöse Erkrankung lediglich auf eine Infektion seitens tuberku-

löser Erwachsener zurückführen zu können: 18mal Tuberkulose des Vaters, 2mal der Mutter, 1mal beider Eltern; in 11 Fällen waren die Eltern frei von Verdacht auf Tuberkulose, während fremde, mit Tuberkulose behaftete Personen mit den Kindern in mehr oder minder innige Berührung kamen. In diesen Fällen nimmt Verf. die Ansteckung als alleinige Ursache der Tuberkulose an.

Keller.

A. Hoffa. *Traitement des tuberculoses articulaires de l'enfance.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 10.)

Verf. tritt auf Grund reicher eigener Erfahrungen für die konservative Behandlung der Gelenktuberkulose im Kindesalter ein; nur im Notfalle soll man operativ vorgehen. So gelingt es, die Gelenke zu erhalten, sei es mit Bewegungsmöglichkeit oder in Ankylosenstellung. Immobilisierungsverbände sollen nicht zu früh entfernt werden, jedenfalls aber so lange liegen bleiben, bis durch passive Bewegungen keine Muskelkontraktionen der zum Gelenke in Beziehung stehenden Muskeln hervorgerufen werden. In der Rekonvaleszenz ist Aufenthalt der Kinder an der See (Seehospize etc.) neben reichlicher eiweißreicher Nahrung sowie medikamentöser Behandlung (Lebertran, Arsenik, Jod) durchaus wünschenswert. Lokal kommen Schmierseifen - Einreibungen, mechanisch-orthopädische Maßnahmen, Injektionen in die erkrankten Gelenke, sowie die Bier'sche Stauung in geeigneter Weise zur Unterstützung des allgemeinen roborigierenden Regimes in Frage.

Brüning (Leipzig).

Cuthrie. *Medical Treatment of tubercular Peritonitis in Children.* (Die interne Behandlung der tuberkulösen Peritonitis bei Kindern.) (Arch. Pediat., April 1903.)

Die Erfolge der internen Therapie halten in Bezug auf das Resultat den Vergleich mit der chirurgischen gut aus. Letztere hilft eigentlich nur durch die Flüssigkeitsentleerung (cf. Pleuritis serosa).

Wachenheim (New-York).

A. Delcourt. *Otite suppurée double. Méningite tuberculeuse. Cyto-diagnostic. Mort. Autopsie.* (Journal médical de Bruxelles 1903, Nr. 19.)

Kind von 9 $\frac{1}{2}$ Jahren mit doppelseitiger eitriger Otitis und Karies des linken Attikus, linksseitiger Facialislähmung, Starre und Zuckungen der rechtseitigen Gliedmaßen; gleichzeitig Symptome tuberkulöser Basalmeningitis in abgeschwächter Form: kein Erbrechen, Verstopfung wenig ausgesprochen, Puls regelmäßig. Die Diagnose konnte nur durch cystoskopische Untersuchung der Cerebrospinal-Flüssigkeit festgestellt werden: der Befund von 96% mononukleärer Leukocyten in der Flüssigkeit wies mit Bestimmtheit auf die tuberkulöse Natur der Meningitis hin und ließ jeden operativen Eingriff als ausgeschlossen erscheinen. Die Autopsie bestätigte die Richtigkeit der Diagnose.

Hendrix (Brüssel).

Nobécourt et Voisin. *Tubercules du cerveau. Lymphocytes et bacilles de Koch dans le liquide céphalorachidien.* (Rev. mens. des malad. de l'enf. XXI, 1903, S. 108.)

Die Verf. berichten über einen Fall von multiplen Kleinhirntuberkeln, von denen einer an die Oberfläche reichte und zu einer zirkumskripten Verklebung mit der Leptomeninge geführt hatte. In der Cerebrospinalflüssigkeit fanden sich Lymphocyten, wie bei der tuberkulösen Meningitis, und Tuberkelbazillen.

Thiemich (Breslau).

Schalek. *Theories of the Transmission of Hereditary Syphilis. (Theoretisches in Bezug auf die Uebertragung der hereditären Syphilis.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 16. Mai 1903.)

Wachenheim (New-York).

Longfellow. *The Diagnosis and Treatment of Diphtheria. (Die Diagnose und Behandlung der Diphtherie.)* (Cincinnati Lancet Clinic, 4. April 1903.)

In Bezug auf Diagnose sind die bekannten modernen Anschauungen dargestellt, mit Hinweis auf die besten Methoden der Kulturdiagnose. Betreffend Therapie gibt Verf. bis zu 10.000 A.-E., alle zwölf Stunden wiederholt bis zur Abstoßung der Membran, daneben Analeptika nach Bedarf. Auf die neueren bequemen Verabreichungsarten des Serums im Handel (z. B. in versiegelter Koch'scher Spritze) wird kurz hingewiesen. Zum Schlusse einige Bemerkungen über prophylaktische Immunisation.

Wachenheim (New-York).

Rocaz. *Adenoidite diftérique primitive.* (Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die primäre Adenoiditis difterica. Sie kommt vorwiegend bei lymphatischen, adenoide Hyperplasien darbietenden Kindern vor und gibt sich in folgender Weise kund: a) Zeichen der adenoiden Vegetationen: Stockschnupfen, näselnde Sprache, leichte Schlingbeschwerden. Kopf- und Ohrenschmerzen, Rötung und leichter Katarrh der Rachenschleimhaut, später Ausfluß aus der Nase und Nasenbluten. b) Durch Zeichen diphtheritischer Intoxikation und Unwohlsein, Fieber, Albuminurie, Lymphdrüsenanschwellung. Die Diagnose kann nur nach Entnahme von Schleimhautsekret, Aussaat desselben auf Nährböden und Untersuchung der Kulturen gestellt werden. Die Prognose ist mit Rücksicht auf die Schwierigkeit frühzeitiger Diagnose und die dadurch bedingte Verzögerung der Behandlung eine ernste, ebenso auch wegen der Häufigkeit von Otolgien. Die Behandlung besteht zunächst in energischer Serumtherapie, später Behandlung der adenoiden Vegetationen.

G. Carrière (Lille).

Aubertin. *Contribution à l'étude clinique des paralysies diphtheriques.* (Archives générales de Médecine, 1903, 6.)

Aus der ausführlichen Studie seien nur einige Einzelheiten erwähnt. Die beim Punkte Aetiologie gemachte Beobachtung,

daß Erwachsene nach Diphtherie weit häufiger von Lähmungen befallen werden als Kinder, erklärt Verf. daraus, daß bei ersteren nur die schwersten Fälle, die von vornherein zu Lähmungen prädisponieren, in Hospitalbehandlung kommen. Bei 38 Fällen von Lähmungen fand sich 28mal die lange Form des Diphtheriebazillus, eine Tatsache, die Verf. nur konstatiert, ohne aus dieser morphologischen Untersuchung weitergehende Schlüsse zu ziehen. Die allgemeine Beobachtung, daß seit Einführung der Serumbehandlung die Zahl der Lähmungen gestiegen sei, erklärt Verf. damit, daß infolge der Serumwirkung die schwersten Fälle häufiger zur Genesung kämen. Diese liefern dann das große Kontingent der Lähmungen.

Was die Lähmungen selbst betrifft, so fand Verf. nur selten einen der klassischen Beschreibung entsprechenden Zustand von Lähmung der Uvula, meist fand sich nur eine Parese vor; auch die Lähmungen der Extremitäten waren fast stets nur Paresen, selten Paralysen. Charakteristisch ist, daß nicht bestimmte Muskelgruppen, sondern stets die ganze Partie des Gliedes von der Lähmung betroffen wird.

Von einer Pseudotabes diphtherica konnte sich Verf. in keinem Falle überzeugen, da er nie echte Koordinationsstörungen, das Romberg'sche Phänomen etc. beobachten konnte. Die ataktischen Störungen können allein durch die Paresen hervorgerufen werden.

Auch gegen die Aufstellung eines bulbären Symptomenkomplexes verhält sich Verf. ablehnend, da derartige Krankheitsbilder sich nie im Zusammenhange mit den Spätlähmungen zeigten, sondern stets mit Eintritt der Frühlähmungen, bei denen die toxische Wirkung des Diphtheriegiftes noch unmittelbarer ist. Hier können die Symptome der Myokarditis, der Nephritis, eventuell der Urämie leicht zu Verwechslungen mit bulbären Erscheinungen Anlaß geben, so z. B. in einem vom Verf. beobachteten Falle, bei dem vor allem eine Verlangsamung des Pulses bis zu 20 Schlägen in der Minute auftrat. Die Sektion ergab jedoch hier, wie in anderen ähnlichen Fällen, keinerlei Anhaltspunkte für eine bulbäre Erkrankung.

Im allgemeinen hat weder die klinische Beobachtung, noch die experimentelle Untersuchung zu einer einheitlichen Deutung der postdiphtherischen Lähmungen geführt. Manches spricht für neuritische Prozesse, manches für eine ausgedehnte Poliomyelitis anterior.

Lämmerhirt (Leipzig).

A. J. Sharp. *Paresis of retrocervical muscles following diphtheria.* (Brit. med. Journ., 7. Februar 1903, p. 311.)

Verf. beschreibt einen Fall dieser relativ seltenen und öfter übersehenen Form postdiphtheritischer Lähmung bei einem 2jährigen Kinde. Die Lähmung trat vier Wochen nach Beginn der Diphtherie auf. Der Kopf sank gegen das Sternum und konnte nur mit großer Anstrengung für wenige Sekunden aufrecht erhalten werden. Die Untersuchung ergab außerdem Fehlen der Patellarreflexe,

ataktischen Gang, Gaumenlähmung mit näseldem Stimmklang und Regurgitation von Flüssigkeit durch die Nase. Die Reaktion der Pupille auf Licht und Akkommodation war träge, zwei Wochen später deutlicher Strabismus. Drei Monate später waren bis auf leichte Krümmung der Schulter alle Symptome verschwunden.

Melland (Manchester).

Escherich Th. *Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitäts-Kinderklinik in Wien.* (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 23.)

Bei der Herstellung des Scharlachserums ging Moser von der Erkenntnis aus, daß die aus dem Herzblut frischer, unkomplizierter Scharlachfälle gezüchteten Streptokokken als Erreger der Krankheit zu gelten haben; ihre Spezifität suchte er mit Erfolg durch die Beeinflussung des Scharlachprozesses selbst zu erweisen, indem er die direkt erhaltenen, resp. nur auf künstlichem Nährboden fortgezüchteten Kokken (abweichend von früheren Versuchen zur Gewinnung eines wirksamen Streptokokkenserums) zur Immunisierung der Pferde und Gewinnung des Serums verwendete. Dieses ist ein polyvalentes Serum, es ist durch gleichzeitige Injektion mehrerer Streptokokkenstämme hergestellt, ein wertvoller Faktor, wenn man bedenkt, wie sehr die Kokken nach ihren morphologischen Einzelheiten und die Epidemien nach ihrem Charakter variieren.

Die Zahl der gleichzeitig injizierten Kulturen beträgt 10 bis 20 in Mengen von 1 bis 500 und mehr Kubikzentimetern ansteigend, die Dauer der Injektionen ca. 7 bis 8 Monate. Eine annähernde Beurteilung der Valenz des Serums gestattet vielleicht dessen Agglutinationsvermögen auf die verwendeten Streptokokken.

Das Serum kommt in der Normaldosis von 100 bis 200 cm³ zur Injektion, auf den sorgfältigen Verschluß der Einstichstelle mittels Jodoformkollodium ist Gewicht zu legen. Nachfolgende Exantheme, Oedeme und Fiebertemperaturen, doch stets ohne bleibenden Nachteil, kamen in 75% der (112) Fälle zur Beobachtung. Das Serum entfaltet einen ausgesprochenen, nach 4- bis 12stündiger Latenzzeit zu konstatierenden Einfluß gerade auf die Symptome, die nicht der primären Infektion, sondern der Allgemeinintoxikation mit dem Scharlachgifte zuzuschreiben sind, es wirkt also antitoxisch. Dies zeigt sich besonders eklatant an den im Beginne mit hohem Fieber, Delirien, Somnolenz, Konjunktivitis und grünen Diarrhöen einhergehenden hypertoxischen Fällen. Hier wirkt das Serum bei voller Dosis und frühzeitiger Injektion zauberhaft. Nach 4 bis 12 Stunden sinkt die hochfebrile Temperatur um 2 und mehr Grade, ebenso gehen Puls und Respirationszahl, Blutdruck und Exanthem rasch zurück, Somnolenz und Delirien schwinden, die Kinder sind wie aus einem Schläfe erwacht. Das Maximum der Wirkung fällt in die 18. bis 30. Stunde nach der Injektion.

In günstigen Fällen bleibt die Temperatur dauernd afebril, oft aber auch erst, nachdem sie am nächsten Abend noch einen febrilen Anstieg gezeigt hat; das Exanthem schwindet erst nach

einigen Tagen. Bei ungenügender Dosis kommt es zum lytischen, eine abgekürzte Fieberkurve zeigenden Verlauf.

Auf die infektiösen Symptome, Rachenbelag, Drüsenschwellung wirkt das Serum in geringerem Maße; es schwächt nur diese am 3. oder 4. Krankheitstage auftretenden Erscheinungen ab. Ist es jedoch zu Komplikationen (Otitis, Lymphadenitis, Endokarditis etc.) gekommen, so hat das Serum darauf keinen Einfluß, ja es verhindert nicht einmal das Zustandekommen solcher.

Kontrollversuche mit normalem Pferdeserum und Behandlung nur eines Kindes mit Scharlachserum, wenn zwei Geschwister gleichzeitig erkrankt waren, haben die sichere antitoxische Wirkung des Serums noch deutlicher erwiesen. Dem Absinken der prozentualen Mortalität ist weniger Bedeutung zuzumessen, als den objektiven Beobachtungen am Krankenbett. Bei Sichtung der Fälle nach den Krankheitstagen, an denen sie zur Behandlung kamen, zeigt sich unter den am 1. und 2. Krankheitstage Injizierten kein Todesfall, und dann ein rascher Anstieg der Mortalität von 13 auf 50%. Es empfiehlt sich daher, die Injektion der vollen Dosis möglichst frühzeitig vorzunehmen.

Im Scharlachserum ist eine kausale, die Krankheitserscheinungen in ihrer Gesamtheit treffende Behandlungsmethode von sicherer Wirksamkeit zu sehen. Theoretisch läßt sich hoffen, daß die spezifische Therapie auch die Entdeckung des Scharlacherregers erleichtern werde.

Neurath (Wien).

Weaver. *Bacteriological Studies of the Skin and Throat in Cases of Scarlatina.* (Bakteriologische Studien der Haut und des Rachens bei Skarlatina.) (Amer. Med., 18. April 1903.)

Hautbakterien wie normal, Staphylococcus albus ziemlich häufig, Streptokokkus nur einmal in 15. Von den Tonsillen regelmäßig sehr zahlreiche Streptokokkenkolonien. Verf. warnt unerfahrene Beobachter vor Mischung mit Zungenbelag, wobei massenhafte Verunreinigung mit Diplokokken und Sarcinen stattfindet. Auf die Literatur der Streptokokkentheorie der Skarlatina wird kurz eingegangen.

Wachenheim (New-York).

Grober. *Zwei seltenere Masernfälle.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 5, S. 204.)

Bei einem 8jährigen Schüler, der mit hohem Fieber erkrankt war, fand sich ein eigenartiges, an Masern erinnerndes Exanthem. Einen Tag vor dem Tode erschien ein weiß-gelber Belag auf der hinteren Rachenwand. Die Sektion ergab neben Diphtherie akute Miliartuberkulose und ist Verf. der Ansicht, daß es sich in diesem Falle um eine Kombination von Miliartuberkulose, Masern schwerster Sorte und Diphtherie gehandelt habe. — Bei einem anderen Patienten, 16jährigen Kellner, der ebenfalls ein Masernexanthem hatte und bei welchem der Verlauf die Diagnose auf Masern stellen ließ, waren gar keine Prodromalerscheinungen aufgetreten.

Camerer (Stuttgart).

Machold. *Ein seltener Masernfall.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 15, S. 654.)

Zwei Tage nach Abheilung der Masern trat bei einem 8jährigen Mädchen auf dem ganzen Körper ein Hautausschlag auf, bestehend aus blauroten Flecken von Markstückgröße. Dabei bestanden keine Allgemeinerscheinungen. Nach 5 Tagen trat kleienförmige Abschuppung auf. Verf. glaubt, daß es sich um ein Masernrezidiv gehandelt habe.

Camerer (Stuttgart).

Koplik. *Occurrence and Mortality of Typhoid Fever in Infants and Children. (Vorkommen und Sterblichkeit des Abdominaltyphus bei Säuglingen und Kindern.)* (Arch. Pediat. Mai 1903.)

Statistik des Verfassers beruht auf 100 Fällen. Die Seltenheit der Erkrankung im frühesten Kindesalter beruht auf der sterilen Beschaffenheit der Nahrung. Die Mortalität betrug 3%. Perforation kam in zwei Fällen vor, sei demnach nicht als ungeheure Rarität zu betrachten.

Wachenheim (New-York).

Sitzungsbericht der New York Academy of Medicine.

Verhandlungen über den Abdominaltyphus bei Kindern.

Morse (Boston) gibt Analyse von 32 eigenen Fällen unter zwei Jahren, Bestätigung in 16 durch Sektion, in 23 durch positiven Widal, in 5 durch Kulturen. Sterblichkeit 50%. Erkrankung durchaus nicht so selten, Diagnose aus der gewöhnlichen Untersuchung außerordentlich schwierig, bis zur Anwendung der bakteriologischen Proben mußten die meisten Fälle übersehen oder zweifelhaft bleiben.

Blackader (Montreal) widmet sich besonders dem Typhus bei älteren Kindern und dem Werte, resp. der Ausführung der Widal-Probe.

Griffith (Philadelphia) legt ein großes Material vor (Typhus in Philadelphia stark endemisch). Ambulante Fälle häufig. Der Beginn gewöhnlich mit Kopfschmerzen und Erbrechen, seltener mit Epistaxis. Bauchschmerzen oft vorhanden, selten schwer. Milz vergrößert, öfter nicht palpabel; Roseola gewöhnlich vorhanden. Teilnahmslosigkeit charakteristisch, gelegentlich Delirien. Mortalität circa 5%. Kalte Bäder werden von Kindern nicht gut vertragen.

Diskussion.

Holt (New-York) hebt die Seltenheit bei Säuglingen hervor, betont den Wert der Widal-Probe.

Northrup (New-York) will die Erkrankung nach eigener Erfahrung als größte Rarität betrachten.

Koplik (New-York) findet sie gar nicht so selten. Widal nicht absolut zuverlässig, Kulturen manchmal erforderlich. Beide Verfahren haben den größten Wert in der Differentialdiagnose.

Wachenheim (New-York).

Emil Heim. *Beitrag zur Pathogenität des Bacillus proteus vulgaris (Hauser).* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 20.)

Es handelte sich um ein 13 Jahre altes Mädchen, das an Abdominaltyphus erkrankt war. Einige Abweichungen im Krank-

heitsverläufe, häufiges Erbrechen und starke Diarrhöen im Beginne, starke Remissionen der Fieberkurve in der letzten Woche, die dünnflüssigen, auffällig stark übelriechenden, schaumigen, schleimigen Stühle, in denen Kristalle von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia sich nicht fanden, wurden durch den Befund eines morphologisch und kulturell mit dem *Bacillus proteus vulgaris* (Hauser) identischen Bakteriums erklärt, das die normale Darmflora vollständig verdrängte. Der aus dem Stuhle gezüchtete Proteus wurde durch das Serum der Patientin in einer Verdünnung von 1:50 sofort komplett, in einer Verdünnung von 1:100 unvollständig agglutiniert. Ein jüngerer Bruder der Pat. machte gleichzeitig einen unkomplizierten typischen, rasch verlaufenden Typhus durch.

Vom Agglutinationsversuche verspricht sich Autor in ähnlichen auf Proteusinfektion verdächtigen Fällen diagnostische und prognostische Klarheit.

Neurath (Wien).

Weber, J. Parkes. *A case of the fosse of chronic joint disease in children described by Mill.* (Brit. med. Journ., March. 28, 1903, p. 730.)

Die Erkrankung setzte akut mit Endokarditis, hauptsächlich an der Mitralklappe, ein. Einige Monate später trat chronische Schwellung der Knie- und Ellbogengelenke auf, ebenso symmetrische Schwellung über den Hand- und Fußgelenken sowie Steifheit der Halswirbelsäule. Es bestand ferner beträchtliche Vergrößerung der Milz und Leber, ebenso eine mäßige Schwellung der Cervical-, Axillar- und Inguinaldrüsen. Unter allgemeiner tonisierender Behandlung besserte sich der Zustand des Kindes bis auf ein zeitweiliges Rezidiv während einer Typhuserkrankung. Ein Jahr später waren die Gelenke so gut wie normal bis auf ein leichtes Knarren in den Kniegelenken und spindelförmige Anschwellung in der Gegend der Fingergelenke. Das Kind kann den Kopf frei bewegen, die Steifigkeit der Halswirbelsäule, welche früher stark ausgeprägt war, ist vollständig verschwunden. Die Milz ist nur noch ein wenig vergrößert, dagegen sind die Lymphdrüsen zur normalen Größe zurückgekehrt.

Melland (Manchester).

H. Gillet. *Fièvre éphémère grippale récidivant.* (Gaz. des maladies infantiles, 19. März 1903.)

Verf. bespricht die rezidivierenden Formen des ephemeren Fiebers bei Grippe. Dasselbe tritt in Anfällen von ein- bis dreitägiger Dauer auf, während welcher die Temperatur mehr oder weniger erhöht ist. Gleichzeitig findet man Symptome von Magenbeschwerden und profuse Schweiß.

G. Carrière (Lille).

Kuhn. *Ueber Erythema nodosum.* (Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 36, S. 195.)

Bericht über 22 Fälle der Erkrankung nebst ausführlicher Würdigung der Literatur über den Gegenstand. Die wesentlichsten Ergebnisse sind folgende: Das Erythema nodosum ist vom Erythema exsudativum multiforme nicht zu trennen, da 14 unter 22 Fällen beide Formen der Hauterkrankung nebeneinander aufgewiesen

haben. Des weiteren unterscheidet Verf. mit Rochon eine idiopathische und eine symptomatische Form. Während zu letzteren solche Fälle gehören, die im Anschlusse an andere spezielle Infektionskrankheiten auftreten, ist die idiopathische Form eine eigene, vorzüglich das Kindesalter heimsuchende, meist gutartige und unkomplizierte Infektionskrankheit. Die Auffassung derselben als Vorboten der Tuberkulose hält Verf. für unberechtigt.

Freund (Breslau).

D. Stanley. *Asthma in childhood.* (Birmingham Medical Review, February 1903, p. 104).

Der Verf. ist der Ansicht, daß echtes Asthma im Kindesalter selten ist und daß die Autoren, welche das Gegenteil behaupten, unter ihre Fälle auch solche von rezidivierender Bronchitis und Bronchiolitis aufgenommen haben. Jene Fälle, welche tatsächlich mit zeitweiligem irritativem Krampf der Bronchiolen vergesellschaftet sind, können tatsächlich große Aehnlichkeit mit echtem spasmodischem Asthma darbieten. Doch ist die echte spastische Form ohne begleitenden Katarrh, wie sie bei Erwachsenen beobachtet wird, im Kindesalter selten.

Der Verf. berichtet über drei Fälle, ein 10-, bzw. 11- und 7jähriges Mädchen betreffend, wo die charakteristischen Erscheinungen des echten spasmodischen Asthma bestanden, welches anfallsweise ohne vorangehenden oder begleitenden Bronchialkatarrh auftrat.

Von Medikamenten bewährten sich bei der Behandlung am meisten Belladonna tobelia und Aconit, ganz besonders jedoch das Fluidextrakt von Grindelia robusta. Die Mittel wurden teils einzeln, teils kombiniert gegeben. Großes Gewicht ist auf hygienische Maßnahmen — Luftveränderung, Vermeidung von Katarrh, sorgsame Diät, vor allem Vermeidung reichlicher und schwer verdaulicher Mahlzeiten vor dem Schlafengehen — zu legen. Unter sorgfältiger und vollständiger Behandlung kann vollständige Heilung eintreten. Da jedoch eines der Mädchen, welches jetzt 23 Jahre alt ist, noch immer an schweren Anfällen leidet und Emphysem der Lunge aufweist, so teilt der Verf. nicht die günstige Auffassung der Prognose seitens jener Beobachter, welche angeben, daß das Asthma des Kindesalters konstant bei Erreichung der Pubertät verschwindet.

Melland (Manchester).

Southworth. *Inversion in Treatment of Acute Pulmonary Oedema in Young Children.* (Das Umwenden bei der Behandlung des akuten Lungenödems bei kleinen Kindern.) (Arch. Pediat., Mai 1903.)

Verf. erzielt gute Resultate, indem er die Kinder auf den Kopf stellt.

Wachenheim (New-York).

Carr. *Case of Pneumonia probably due to Streptococcus Infection.* (Ein Fall von Pneumonie, wahrscheinlich infolge von Streptokokkeninfektion.) (Arch. Pediat., April 1903.)

Die Pneumonie folgte auf eine Otitis media. Im Schleim waren Streptokokken und Friedländer'sche Bazillen vorhanden. Blut-

kulturen nicht vorgenommen, Antistreptokokkenserum eher nachteilig, keine Sektion. (Fall wohl etwas zweifelhaft? Ref.)

Wachenheim (New-York).

Jennings. *Note on the Temperature Curve of acute Croupous Pneumonia in Children.* (Bemerkungen über die Temperaturkurve bei der akuten kruppösen Pneumonie der Kinder.) (Arch. Pediatrics, April 1903.)

Verf. weist auf eine häufige Temperaturremission am zweiten bis vierten Tage ohne Antipyretika hin.

Wachenheim (New-York).

P. Nobécourt et Roger Voisin. *Ponctions lombaires dans les infections broncho-pulmonaires des enfants.* (Rev. mens. des malad. de l'enf. 1903, pag. 145 bis 162).

Die Verff. berichten über 31 Fälle, die zum Teile wiederholt untersucht wurden. Sieben Fälle von Bronchitiden und Lobulärpneumonien ohne meningitische Symptome boten keine Veränderung der Cerebrospinal-Flüssigkeit dar. Von den 24 anderen mit mehr oder minder ausgesprochenen nervösen Störungen (die oft nur in leichten allgemeinen Spasmen oder Nackensteifigkeit ohne Kernig'sches Zeichen bestanden) fanden sich bei vielen Lymphocyten mit oder ohne Beimengung von polynukleären Formen, bei fast allen floß mehr Flüssigkeit (10—20—35 cm³) ab als bei den Kranken ohne Cerebralsymptome. Der Liquor war steril bis auf zwei Fälle, in denen aus der leicht getrübbten Flüssigkeit Pneumokokken gezüchtet wurden, die aber nur in einem Falle töteten. Ein — eventuell prognostisch verwertbarer — Parallelismus zwischen den Veränderungen des Liquor und den klinischen Erscheinungen, bezw. der Schwere der Fälle ließ sich nicht feststellen.

Thiemich (Breslau).

Friedjung. *Die Diastase der Musculi recti abdominis des Kindes nebst einigen Bemerkungen über die Hysterie des Kindesalters.* (Arch. f. Kinderheilkunde, Band 36, S. 361.)

Vergl. den Karlsbader Kongreßbericht in dieser Monatsschrift, Band 1, S. 141.

Thiemich (Breslau).

Darby. *Enuresis.* (Die Enuresis.) (Cincinnati Lancet Clinic, März 28. 1903.)

Verf. erhält die besten Erfolge von Belladonna bis zur Toleranz, daneben Secale cornutum, Strychnin.

Wachenheim (New-York).

Hudovering. *Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea minor.* (Arch. f. Psychiatr. Bd., 37 [1903], S. 86.)

Bericht über den Obduktionsbefund bei einem 16jährigen Mädchen, das unter hohem Fieber an einer schnell verlaufenden Chorea gestorben war. Am Herzen ein systolisches Geräusch, keine Endokarditis oder Dilatation an der Leiche. Wenige Stunden

vor dem Tode aus der Vena mediana entnommenes Blut erwies sich als steril, ebenso ein von der Leiche aseptisch entnommenes Stück des Halsmarkes.

Das Zentralnervensystem wies nur mikroskopisch Anomalien auf, und zwar am meisten im Gebiete des Pons und der Medulla oblongata, überwiegend in der weißen Substanz. Dieselben bestanden teils in mäßig hochgradigen Gefäßveränderungen, teils im Auftreten kolloider, kugliger Körperchen sowohl in nächster Nähe der Kapillaren und mittelgroßen Arterien als auch frei in der Hirnsubstanz. Beide Befunde vorwiegend im Verlaufe der Pyramidenbahnen. Die Ganglienzellen ließen an Nissl-Präparaten körnigen Zerfall erkennen, am stärksten in den großen Pyramidenzellen der Hirnrinde und des Ammonshorns. Leichte Ependymitis und Leptomeningitis.

Verf. verteidigt die Spezifität der nach ihrem färberischen Verhalten als Kolloid (v. Recklinghausen) anzusprechenden Choreakörperchen gegenüber Wollemberg, der ähnliche, aber wohl Verkalkungen darstellende Gebilde auch bei vielen anderen Gehirnerkrankungen gefunden hat.

Das Auftreten der kolloiden Choreakörperchen an irgend einer Stelle in den Pyramidenbahnen oder in nächster Nähe derselben ist nur der Ausdruck der allerschwersten infektiös-toxischen Schädigung des Nervensystems und fehlt deshalb bei leichteren oder foudroyant verlaufenden Erkrankungen.

Thiemich (Breslau).

Huber. *Brachial Monoplegia in the Course of Chorea Minor.* (*Monoplegie des Armes im Laufe einer Chorea.*) (Arch. Pediat., April 1903.)

Der Fall verlief in 14 Tagen günstig. Arsen wurde im ganzen Krankheitsverlaufe nicht verabreicht, sondern die arzneiliche Behandlung bestand lediglich in Darreichung von Opiaten.

Wachenheim (New-York).

Eustace Smith. *Or Reflex Convulsions in Growing Boys and Girls.* (Lancet, 24. Jänner.)

Wenn ein Kind, einerlei ob neuropathisch belastet oder nicht, an periodisch auftretenden Krämpfen zu leiden beginnt, so dürfen wir nicht zu voreilig annehmen, daß es sich um eine ernste Erkrankung handelt und daß der Patient epileptisch ist oder wird. Wenn wir imstande sind, die Anfälle mit einer lokalen Reizung oder einer vorübergehenden Organstörung in Zusammenhang zu bringen, so haben wir allen Grund, anzunehmen, daß nach Entfernung der betreffenden Schädlichkeit das Nervensystem sich wieder beruhigen wird. Wir sollten deshalb in derartigen Fällen nicht gleich zu Brom und ähnlichen Mitteln greifen, sondern nach der die Anfälle auslösenden Ursache (sehr häufig Magendarmstörungen) fahnden und eine kausale Therapie einleiten. Smith beleuchtet voranstehende Sätze durch eine Reihe sehr instruktiver Krankengeschichten.

Karl Fürth (London).

Colton. *Infantile Eclampsia. (Die Eclampsia infantum.)* (Buffalo Med. Journ. Mai 1903.)

Verf. befürwortet den regelmäßigen Gebrauch der Darm-Irrigation als gewöhnlich, wegen intestinalen Ursprungs der Krämpfe, nützliches, jedenfalls harmloses Verfahren.

Wachenheim (New-York).

Heinrich Schlöß. *Ueber einen Fall von infantiler Paranoia.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 23.)

Autor definiert zunächst die Paranoia als eine Psychose von verschiedener Dauer, die sich darin äußert, daß bei erhaltenem Bewußtsein primär entstandene Wahnvorstellungen sich nach logischen Gesetzen verbinden und ein zusammenhängendes System bilden. Es können im Laufe der Psychose Sinnestäuschungen vorkommen oder nicht. Die Persönlichkeit des Verrückten ist nach seiner Ansicht in den Vordergrund geschoben. Die Kritik ist nur in Bezug auf die Wahnvorstellungen getrübt.

Die Krankengeschichte eines 12jährigen Paranoikers, die Verf. bringt, ist die erste genauer beschriebene von infantiler Paranoia. Für das Referat eignen sich die ausführlich beschriebenen Symptome des Falles nicht.

Neurath (Wien).

M. Heinemann. *Ueber Psychosen und Sprachstörungen nach akut fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36, S. 173 bis 195.)

Die fleißige Literaturzusammenstellung, die Verf. seinen aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhaus stammenden eigenen Beobachtungen voranschickt, spiegelt auf das deutlichste den kritiklosen Wirrwarr wieder, der auf diesem Gebiete herrscht. Die Mangelhaftigkeit fast der ganzen Kasuistik infolge der unzureichenden psychiatrischen Schulung der meisten Beobachter ebenso sehr, wie die verwirrende Uneinigkeit in der angewandten Nomenklatur hat zur unausbleiblichen Folge, daß der größte Teil des angesammelten Materials wissenschaftlich wertlos ist. Ref. ist gespannt, wie weit Ziehen, der eine monographische Bearbeitung der Kinderpsychosen in Aussicht gestellt, bzw. bereits begonnen hat (vergl. diese Monatsschr. Bd. I, S. 196), es auf sich nehmen wird, dieses Gebiet kritisch und fruchtbringend zu bearbeiten. Vorläufig scheint es dem Ref. geboten, wo in Universitätsstädten sich Gelegenheit zum Studium von Kinderpsychosen bietet, einen Fachpsychiater als Konsiliarius heranzuziehen; das so gesammelte Material wird dann allenfalls brauchbare Bausteine für ein künftiges Lehrgebäude abgeben. Denn auf gute Kasuistik kommt hier noch alles an.

Die des Verf. gehört jedenfalls nicht dazu, es ist aber dankenswert, daß sie ausführlich genug mitgeteilt ist, um eine Kritik zu ermöglichen. Sehen wir uns zunächst die drei Fälle von „motorischer Aphasie“ nach kruppösen Pneumonien an.

Ein dreijähriges Mädchen hat eine schwere Form mit Trübung des Sensoriums, die noch sechs Tage nach dem kritischen Temperaturabfall besteht, im Krankenhause überstanden. Am siebenten

Tage „reagiert Pat. auf Anrufen“; fordert man sie auf, ihren Namen zu nennen, so erkennt man an den Mundbewegungen, daß sie ihn aussprechen will, aber nicht kann; gefragt, ob sie Alma hieße, nickt sie. „In den nächsten sechs Tagen keine wesentliche Aenderung“. „Am 16. Tage ist Pat. sehr traurig gestimmt und weint viel. Sprechen kann sie immer noch nicht.“ Am 22. Tage: „Pat. ist immer noch sehr weinerlicher Stimmung, spricht mit niemandem, hat einen ängstlichen Blick. Pat. spielt und spricht auch mit keinem anderen Kinde.“

Zwischen dem 32. und 34. Tage nach der Entfleberung „spricht Pat. mit lauter Stimme und zeigt entschieden mehr Teilnahme“. „Das Sprachvermögen ist völlig wiedergekehrt. Pat. spielt mit den anderen Kindern.“

Tage darauf geheilt entlassen.

Dieses Nichtsprechen (man könnte es vielleicht als Mutismus bezeichnen) eines rekonvaleszenten, scheuen oder neuropathischen Kindes, das auch nicht mit anderen spielt, sondern sich weinerlich zurückzieht, mag man immerhin als etwas Abnormes, ein Studium der betreffenden Kindespsychose Erforderndes betrachten, den Fall aber zu den „motorischen Aphasien“ zu zählen, heißt die ohnehin auf diesem Gebiete herrschende Verwirrung verschlimmern. Um solchen Irrtum zu vermeiden, ist kein psychiatrischer Beirat erforderlich.

Auch im zweiten Falle, der einen sechsjährigen Knaben betrifft, weist nach Ansicht des Ref. das völlige Fehlen jeglicher sprachlichen Äußerung, soweit es nicht durch die Apathie des Pat. bedingt ist, eher auf Mutismus als auf eine Aphasie. Die Heilung des Pat. setzt plötzlich ein, als ein Bild sein Interesse weckt. Daß es sich um ein neuropathisches Individuum handelt, geht aus der weit in die Rekonvaleszenz hinein fortdauernden Incontinentia urinae et alvi hervor.

Fall III, ein zweijähriger Knabe, bietet ein meningitisches Krankheitsbild, dessen Natur durch die Krankengeschichte nicht geklärt ist (keine Lumbalpunktion), mit wechselnden Reiz- und Depressionserscheinungen dar. Bei ihm eine „motorische Aphasie“ zu diagnostizieren, liegt nicht der mindeste Grund vor. Wenn man jeden delirierenden Meningitiker als „aphasisch“ bezeichnet und bei ihm von „akuter Verwirrtheit“ spricht, schafft man unnötigerweise Unklarheiten.

Ref. verzichtet, um nicht eine eigene Abhandlung statt eines Referates zu schreiben, auf die Analyse der anderen Fälle, von denen nur der letzte, einen 13jährigen Knaben in der Typhus-rekonvaleszenz betreffende, wegen des abnormen psychischen Verhaltens, nicht wegen der Sprachstörung wertvoll erscheint.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, betont Ref. ausdrücklich, daß ihm das Studium der in den Krankengeschichten geschilderten psychischen Anomalien reizvoll und wichtig deucht, wenn es die ganze psychische Persönlichkeit der kleinen Kranken, ihre Genese und ihre weitere Entwicklung umfassend berücksichtigt; was er der Arbeit des Verf. zum Vorwurfe macht, ist nur die kritiklose Einreihung seiner Beobachtungen in das wohlumschriebene Krankheits-

bild der motorischen Aphasie, mit dem sie gar nichts zu tun haben.
Thiemich (Breslau).

Linser. *Ueber juvenile Tabes und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 15, S. 637.)

Bei einer 34jährigen Virgo fand Verf. die ausgesprochenen Zeichen der Tabes, deren erste Erscheinungen sich 15 Jahre zurückdatieren ließen. Der Vater hatte Lues gehabt, an ihr selbst warenluetische Erscheinungen nicht nachweisbar. Bisher sind 21 Fälle von Tabes bei Jugendlichen bekannt, bei welchen 19mal Lues der Eltern nachzuweisen war.
Camerer (Stuttgart).

Béla Schick. *Zur Kenntnis der „Hypertrophia cerebri“ als Krankheitsbild im Kindesalter.* (Jahrbuch f. Kinderheilk., Band 57, Heft 4, S. 423 ff.)

Verf. bringt ausführliche Krankengeschichten zweier in der Grazer Klinik beobachteter Fälle, die während ihres Lebens massenhafte epileptiforme Anfälle und, wie die Sektion ergab, abnorm schwere Gehirne aufwiesen.

Der erste Fall, ein achtjähriges Mädchen betreffend, bot klinisch nichts dar, was an der Diagnose einer schweren, im Laufe der circa ein Jahr betragenden Krankheitsdauer allmählich zur Verblödung führenden Epilepsie hätte zweifeln lassen. Das Gehirn war 1230 g schwer, makroskopisch offenbar ohne greifbare Veränderungen, die Ventrikel waren eng. Nach Angabe der Krankengeschichte war das Mädchen kräftig, groß, gut genährt, am Schädel die Tubera frontalia vorspringend. Eine Notiz über das Körpergewicht oder die Körperlänge fehlt, damit auch jede als Maßstab verwertbare Relation zwischen Körper- und Hirngewicht. Bezüglich des Schädels notiert der Obduzent nur: Schädel recht groß, länglich oval, dick, porös. Die Hirnnähte prämaturn synostotisiert.

Der zweite Fall, ein zweieinhalbjähriger Knabe, bot von Geburt an Krampfstellungen der Extremitäten und später — neben deutlicher Idiotie — vorwiegend chronische Krämpfe dar, die sich nach einer fieberhaften Cerebral-Erkrankung (?) im siebenten Monate eingestellt haben sollen. Während der letzten Lebenszeit waren die Krämpfe leicht reflektorisch auslösbar.

Gehirn 1150 g schwer, blutreich, Ventrikel eng. Sonst nichts Besonderes. Körperlänge 83 cm, Schädelumfang 46 cm. Sowohl der Körper des Kindes als sein Schädel werden vom Obduzenten als „recht groß“ bezeichnet. Ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Schädel und Gesamtentwicklung geht weder hieraus noch aus der Krankengeschichte hervor.

Erwähnt sei noch, daß die Lumbalpunktion (beidemal ganz kurz vor dem Tode) im ersten Falle einen geringen, im zweiten überhaupt keinen positiven intrakraniellen Druck ergab.

Ref., der wiederholt ebenso relativ große Gehirne bei Kindern, die keinerlei nervöse Symptome dargeboten hatten, auf dem Sektions-tische gesehen und gewogen hat, kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß in den mitgeteilten Fällen nur wegen der klinisch

beobachteten Cerebralaaffektion der ungewöhnlichen Größe des Gehirns eine pathogenetische Bedeutung zugeschrieben wird, die mindestens ohne sorgfältige mikroskopische Untersuchung nicht gerechtfertigt ist.

Allerdings gibt Verf. in dem recht dürftigen Texte, welchen er den Krankengeschichten folgen läßt, an, daß es Fälle von Hirnhypertrophie gibt, die ohne alle Hirnsymptome verlaufen, die vorliegende, vom Verf. nur unvollkommen benützte Literatur zeigt aber, daß ganz heterogene, größtenteils wohl zur diffusen Gliose oder Sklerose gehörige Fälle unter diesen Begriff subsummiert werden. Ohne histologische Untersuchung ist da keine kritische Scheidung möglich.

Ref. hält es deshalb für keinen sehr glücklichen Gedanken, auf Grund zweier solcher nur makroskopisch studierter Fälle die Klinik der „Hypertrophia cerebri“ bereichern zu wollen.

Thiemich (Breslau).

Gordon. *Amyotrophic Lateral Sclerosis in a Boy of 15 years, with History of acute anterior Poliomyelitis in Infancy.* (Amyotrophische Lateralsklerose bei einem 15jährigen Knaben mit der Anamnese Poliomyelitis anterior acuta im Säuglingsalter.) (Amer. Med., 4. April 1903.)

Von besonderem Interesse ist erstens der Umstand, daß sich die amyotrophische Lateralsklerose im Anschluß an eine Reihe von Infektionskrankheiten nach dem achten Lebensjahre ausbildete. Außerdem sind zwei Humerusfrakturen nach leichten Insulten in Bezug auf anwesende Knochendystrophie bemerkenswert.

Wachenheim (New-York).

Muls. *De la paralysie pseudo-hypertrophique.* (La clinique 1903, Nr. 19.)

Mitteilung eines Falles, ein neun Jahre altes Kind betreffend.

Hendrix (Brüssel).

Delherm et Laignel-Lavastiné. *Un cas de méningite séreuse à streptocoques chez un nourrisson.* (Rev. mens. des mal. de l'enf., 1903, pag. 162.)

Ein 12monatliches, stark abgemagertes Kind wird mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose tuberkulöser Meningitis aufgenommen. Bei der Sektion findet sich hochgradige Hirnhyperämie, die Pia blutüberfüllt und ödematös, nirgends Eiter oder Tuberkel. Mikroskopisch und entlang den Gefäßen des Gehirns polynukleäre Leukocyten und massenhafte Streptokokken. Dieselben wurden nicht kultiviert.

Thiemich (Breslau).

Moussous und Rocaz. *Méningite cérébro-spinale traitée par les ponctions lombaires répétées.* (Gaz. hebdom. des Sciences médicales de Bordeaux, 6. Febr. 1903.)

Verff. berichten über ein siebenjähriges Mädchen, welches plötzlich mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Bewußtseinsverlust und

Konvulsionen der oberen Extremitäten erkrankte. Es bestand demnach bei dem Kinde das klinische Bild der akuten Meningitis. — Dorsaler Dekubitus, Kongestion des Gesichtes, Koma, hydrocephalischer Schrei, konjugierte Ablenkung des Kopfes und der Augen nach rechts, Nackenstarre, rechtsseitige Pupillenerweiterung, träge Pupillarreflexe, die übrigen Reflexe erloschen, meningitische Reaktion auf Hautreiz, Unregelmäßigkeit des Pulses und des Temperaturverlaufes, Temperatur 40°, Babinski'sches Symptom. Die Lumbalpunktion gibt ein negatives Resultat, die Serumdiagnose ist positiv, die Diazoreaktion negativ. Am nächsten Tage halbseitige Gesichtslähmung rechts, positiver Ausfall der Lumbalpunktion, Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit etwas erhöht, unter den zelligen Elementen 90% neutrophile polynukleäre Leukocyten. Die Punktionsflüssigkeit steril. Am nächsten Tag durch neuerliche Punktion 20 cm³ Flüssigkeit entleert. Am vierten Tag neuerliche Punktion (12 cm³), Jod nicht übergegangen. Besserung. Auftreten des Kernig'schen Symptoms, mehrmals Erbrechen. 5. Punktion. Heilung.

G. Carrière (Lille).

Courclaire. *Hémorrhagie du système nerveux central chez les nouveaux-nés.* (Société de Biologie, 28. März 1903.)

Verf. hat unter 21 Obduktionen von Neugeborenen neunmal Gehirnblutungen und sechsmal Rückenmarksblutungen gefunden. Diese sechs Fälle von Hämatomyelie fanden sich bei Kindern, die über 3 kg wogen und von welchen drei mittels Forzeps zur Welt gebracht wurden, einer in Steißlage sich präsentierte, bei zweien Kompression der Nabelschnur und fehlerhafte Insertion bestand. Von den neun Fällen von Gehirnblutung saßen zwei in der Rinde, drei im Niveau des Centrum semiovale und der Zentralganglien.

G. Carrière (Lille).

Hamill. *Report of a Case of Sinus Thrombosis resulting in extensive Cerebral Hemorrhage in an Infant 15 Days old; Sigmoid Fusion of the Kidneys.* (Bericht eines Falles von Sinusthrombose mit nachfolgender verbreiteter Hirnblutung bei einem Säugling von 15 Tagen; Hufeisenniere.) (Arch. Pediat., April 1903.)

Wachenheim (New-York).

Savariand. *Les complications nerveuses de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants.* (Archives générales de médecine 1903, 2 und 3.)

Mitteilung von vier einschlägigen Beobachtungen, bei denen im Anschlusse an suprakondyläre Querfrakturen am unteren Ende des Humerus Lähmungen im Bereiche des N. medianus und N. radialis auftraten. Es folgt im Anschlusse hieran eine eingehende Studie dieser Verletzungen, welche kein besonderes pädiatrisches Interesse verdient und zu einem kurzen Referate außerdem nicht geeignet ist.

Lämmerhirt (Leipzig).

Willoughby Gardner. *A Case of Hypertrophic Stenosis of the Pylorus in an Infant; Recovery without Operation.* (Lancet, 10. Jänner.)

Ein gesundes männliches Brustkind, 2 Monate alt, erkrankte mit Diarrhöe und 10 Tage später mit heftigem Erbrechen. Letzteres so stark, daß das Kind für längere Zeit fast gar keine Nahrung behält und sein Gewicht von 11 Pfd. 8 oz. auf 9 Pfd. 5 oz. herunterging. Es bestand sichtbare Peristaltik des Magens und in der Pylorusgegend konnte ein harter, etwa taubeneigroßer Tumor gefühlt werden. Bei sehr vorsichtiger Diät gingen alle Erscheinungen im Verlaufe von zwei Monaten zurück. Ref. ist der Ansicht, im Gegensatze zum Verfasser, daß es sich in diesem Falle um einen einfachen Spasmus des Pylorus und nicht um wahre Hypertrophie gehandelt hat.

Karl Fürth (London).

Beardsley. *Congenital Hypertrophic Stenosis of the Pylorus.* (Kongentiale hypertrophische Pylorusstenose.) (Arch. Pediat., Mai 1903.)

Wachenheim (New-York.)

Shaw. *Congenital Hypertrophic Stenosis of the Pylorus.* (Angeborene hypertrophische Pylorusstenose.) (Brooklyn Med. Journ., Mai 1903.)

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem seit der Geburt periodisches Erbrechen bestand. Der betreffende Knabe stand vom fünften bis zum letalen Ausgange im achten Jahre unter seiner Beobachtung. Die Brechanfälle wiederholten sich vier- bis sechsmal wöchentlich, Galle wurde nie erbrochen, es bestanden Symptome einer Magenerweiterung, ein Tumor war nicht zu fühlen. Hartnäckige Verstopfung und progressive Kachexie, welcher das Kind schließlich erlag. Bei der Nekropsie war speziell hervorzuheben, daß irgend welche Zeichen eines Ulkus fehlten und daß die Magenschleimhaut nur einen geringfügigen Katarrh darbot.

In Bezug auf die Symptomatologie dieser Erkrankung im allgemeinen betont Verf., daß häufig trotz kolossaler Hypertrophie der Pylorusmuskulatur kein Tumor palpabel ist und daß in manchen Fällen das Erbrechen von Galle vorkommt. In Bezug auf Aetiologie sind wir noch im dunklen.

Wachenheim (New-York.)

P. Kuligo. *Zur Genese der kongenitalen Dünndarmstenosen und Atresien.* (Aus dem pathologischen Institute in Heidelberg. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 33. Bd., 3. Heft, Seite 481.)

Ueber die Entstehung der kongenitalen Stenosen und Atresien des Dünndarmes sind die verschiedensten Theorien aufgestellt und bald mechanische (einfache und multiple Achsendrehung um die Mesenterialachse und die Längsachse des Dünndarmes), bald entzündliche (fötale Peritonitis, Enteritis), bald entwicklungsgeschichtliche (Vitium formationis) Vorgänge, Kompression durch Geschwülste etc., als Ursachen zu ihrer Erklärung heran-

gezogen worden. Verf. erörtert eingehend und kritisch die Verschiedenheit dieser Ansichten an der Hand der beschriebenen Fälle und schließt daran die Mitteilung eines selbstbeobachteten, durch die Seltenheit und Eigenart bemerkenswerten Falles. Das Wesentliche aus der Krankengeschichte und dem Obduktionsbefunde desselben ist folgendes:

Ein am 29. Dezember 1901 spontan von gesunden Eltern geborener Knabe wird am vierten Lebenstage in die Louise-Helleanstalt aufgenommen. Von Geburt anfänglich grünes, dann braunes Erbrechen. Hat gar nichts bei sich behalten und noch keinen Stuhl gehabt. Kein Ikterus. An dem stark meteoristischen Abdomen intensive, zuweilen tumorartig sich hervorböhlende peristaltische Wellen, meist von links nach rechts, aber auch in entgegengesetzter Richtung. Kein Tumor fühlbar. Anus gut gebildet. Sonde stößt in 4 bis 4½ cm Höhe auf Widerstand, ebenso der eingeführte Finger. Kein Fieber, sehr kleiner frequenter Puls. Am folgenden Tage Anlegung eines Anus praeternaturalis in der linken Inguinalgegend. Es entleert sich massenhaft im Strahl grüner dünnflüssiger Stuhl, der Meteorismus läßt beträchtlich nach. Kind trinkt gut (Milch mit Schleim 1:2), hat seither nicht mehr erbrochen. Befinden befriedigend bis 8. Jänner 1902. Alsdann Singultus, kein Erbrechen, Kollaps und trotz Exzitantien und Kochsalz-Infusionen am 10. Jänner Exitus.

Die Obduktion ergab multiple Stenosen des Dünndarmes (an neun Stellen). Keine Stenose im Rektum und Dickdarm. Außerdem ergaben sich einerseits Entwicklungsanomalien, die sich auf die Lagerung des Darmkanales und die Gefäße des unteren Dün- und oberen Dickdarmes beziehen, anderseits ein Entzündungsprozeß am Peritoneum. Keine dieser Tatsachen steht aber in sichtbarem Zusammenhange mit den Atresien und Stenosen. Denn die Peritonitis ist hauptsächlich am Anfange des Dickdarmes lokalisiert, die Lagerungsanomalie betrifft den ganzen Dün- und den Anfang des Dickdarmes und die Anomalie im Gefäßverlaufe findet sich ebenfalls an anscheinend durchgängigen Darmabschnitten, die makroskopische Untersuchung bringt somit keine Lösung der Fragen. Die bakteriologische Untersuchung fiel überall vollständig negativ aus. Allein auch die mikroskopische Untersuchung ergab keine eindeutigen Befunde, so daß man aus dem vorliegenden Falle keine sicheren Schlüsse auf die Entstehung der kongenitalen Stenosen und Atresien ziehen kann. Es wurde allerdings zum Zwecke der Schonung des seltenen Präparates nur eine atretische Stelle (Nr. 8) mikroskopisch untersucht und es hätte eine genaue Durchforschung sämtlicher Atresien vielleicht ein günstigeres Resultat ergeben.

Zum Schlusse bringt der Autor ausführliche kasuistische Notizen über sämtliche bisher publizierten 185 Fälle in tabellarischer Zusammenstellung, die einem späteren Bearbeiter des Gegenstandes wohl sehr willkommen sein werden. (Unger Wien).

Lorthioir. *Exstrophie de la vessie.* (Bulletin de la Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Séance d'avril 1903.)

Verf. stellt zwei Fälle von Exstrophie der Blase vor. Der erste Fall ist keine echte Exstrophie. Penis und Symphyse sind normal, aber bei der Geburt waren Hypogastrium und Blase offen. Durch eine einmalige Operation wurde Schließung der Blase erzielt. Später wurde die Blase durch Vernähung der M. recti und der Haut zudeckelt. Das Kind ist seither normal.

Der zweite Fall ist typisch und wurde von Lorthioir mit einer Modifikation des von Annibal Nota angegebenen Verfahrens operiert, und zwar:

1. Einschnitt des Perineums, Einlegung eines vom Perineum zur Blase reichenden Kautschukdrains. Das Drain blieb durch einige Monate liegen, bis sich der Kanal mit Epidermis bekleidet hatte.

2. Autoplastik durch gleitende Lappen. Bildung eines Hohlraumes mit Hilfe des Apparates von Nota, Vereinigung von zwei Dritteln der Schleimhautoberfläche.

3. Abtragung des Penis behufs vollständiger Schließung an der Vorderseite.

4. Kastration und Beseitigung einer voluminösen rechtsseitigen Inguinalhernie. Die Hautnaht wurde nicht geradlinig, sondern kreuzförmig angelegt, um die seitliche Spannung der Haut zu vermindern und die letzte Autoplastik zu erleichtern, welche Lorthioir behufs vollständigen Verschlusses des Abdomens vornehmen will. Der Autor verfolgt den Zweck, das Kind den Harn durch einen neuen, in das Perineum mündenden Kanal entleeren zu lassen.

Hendrix (Brüssel).

A. van Haelst und J. Vercauteren. *Observation d'un cas de hernie pulmonaire.* (Belgique médicale 1903, Nr. 12.)

Angeborene Lungenhernie bei einem vier Monate alten Kinde, im Niveau der rechten Schulter zwischen Klavikula, Sternocleidomastoideus und Trapezius sitzend.

Hendrix (Brüssel).

Nathan. *Beiträge zur Behandlung der Empyeme im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Folgezustände.* (Archiv für Kinderheilkunde 1903, III. bis VI. Heft, Seite 252.)

Verf. berichtet über 145 in den Jahren 1890 bis 1902 im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause behandelte Fälle von Empyema thoracis. 65% der Patienten starben. Die hohe Mortalität erklärt sich durch die große Anzahl der an der Affektion behandelten Säuglinge (32% aller Fälle.) Aetiologisch wird die Pneumonie in einem Drittel der Fälle genannt, dann folgen Scharlach, Masern und Diphtherie mit 14, bzw. 10 und 4 Fällen, Influenza und Pertussis mit je 2 Fällen, Lungenabszeß und Trauma mit je einem Falle. 13 sicher mit Tuberkulose erblich belastete Fälle erlagen sämtlich der Affektion. Die Behandlung des Empyems bestand in der Aspiration des Exsudates, der nach 24 bis 48 Stunden die sekundäre Rippenresektion folgte. Dieser Modus wurde vor der Punktion allein und vor der Punktion mit Büla u'scher Drainage wegen seiner besseren Erfolge bevorzugt. Von 52 zur Nachuntersuchung einberufenen Fällen wurden 34 vorgestellt, dieselben waren durchschnittlich in gutem Zustande. Viele neigten leicht zu Erkältungen. Lungentuberkulose fand sich nur bei einem 18jährigen Schlosser, Knochendefekte waren in keinem der Fälle zurückgeblieben, dagegen zeigten sich bei allen Thoraxdeformitäten. Verf. macht daher darauf aufmerksam, daß in der Nachbehandlung der Empyeme der Prophylaxe dieser Deformitäten durch orthopädische und gymnastische Maßnahmen die größte Sorgfalt gewidmet werden müsse.

Weigert (Breslau).

Le Boutillier. *A Case of Aneurism of the Transverse Portion of the Aortic Arch in a Girl of Nine Years etc. (Ein Fall von Aneurysma des transversalen Teiles des Arcus aortae bei einem neunjährigen Mädchen etc.)* (Amer. Journ. Med. Sciences, Mai 1903.)

Diagnose beruht auf physikalischen Zeichen und Röntgen-Bild. Als Ursache ist nach Verf. entweder Ruptur der Gefäßwand infolge Pertussis oder ein noch vorhandener Gelenksrheumatismus mit sekundärer Arteriosklerose anzusehen. Hereditäre Belastung liegt nicht vor. Im Anschlusse gibt Verf. 60 Fälle aus der Literatur, durchwegs Kinder betreffend. Wachenheim (New-York).

Vaughan. *Strangulated Hernia in an Infant six Weeks old. Operation, Recovery. (Bruch-Einklemmung bei einem sechswöchentlichen Kinde. Operation, Heilung.)* (Boston Med. and Surg. Journ., 30. April 1903.) Wachenheim (New-York).

Strong. *Congenital Tumors of the Kidney. (Angeborene Nierentumoren.)* (Arch. Pediat., Mai 1903.)

Die Tumoren gehen vom Wolffschen Körper aus, das System der Kanälchen und sekundären Zellmassen durchsetzt die Geschwulst. Die dem Nierenbecken nächsten Teile sind am meisten differenziert, in den Metastasen ist der Bau noch embryonal. Doppelseitige Tumoren sind ganz zufällig, Metastasen erfolgen durch die Blut- und Lymphbahnen. Wachenheim (New-York).

Stübinger W. *Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der angeborenen bösartigen Geschwülste.* (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)

Nach umständlicher, langatmiger Uebersicht über in der Literatur niedergelegte Fälle von malignen Tumoren der verschiedenen Organe (Haut, Knochen, Nieren, Genitalien, Blase, Magen, Darmdrüsen, Gehirn und Sinnesorgane) im Kindesalter und tabellarischen Zusammenstellungen derselben beschreibt Stübinger einen Fall von bösartiger Neubildung bei einem mehrwöchentlichen Knaben. Der walnußgroße Tumor, der sich nach der Exstirpation bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Angiosarkom entpuppte, war von den Eltern des Kindes gleich nach der Geburt an der Innenseite des rechten Fußes als ein blau aussehendes Gebilde bemerkt worden. Stübinger nimmt an, daß der Tumor vom Periost oder vielleicht auch von der Fascie des Calcaneus ausgegangen ist. Brüning (Leipzig).

J. T. Hewetson. *Congenital Goitre.* (British Med. Journ., March. 21, 1903, p. 657.)

Der angeborene Kropf ist in jenen Gegenden keineswegs selten, wo Kropf unter den Erwachsenen endemisch vorkommt. Er findet sich sowohl bei Kindern, welche von kropfkranken Eltern abstammen, als auch bei solchen, deren Eltern vollständig gesunde Schilddrüsen besitzen. Sporadische Fälle werden bei neugeborenen Kindern und auch bei Erwachsenen in Gegenden beobachtet, wo

die Krankheit nicht endemisch ist, doch handelt es sich hier um seltene Vorkommnisse.

Der mitgeteilte Fall betrifft das Kind einer Frau, welche vorher sechs Frühgeburten durchgemacht hatte. Während der letzten Schwangerschaft wurde sie mit Chlorkalium und Jodkalium behandelt. Das Kind schrie sehr laut, als es zur Welt kam, war aber bei der fünf Minuten später vorgenommenen Untersuchung bereits tot.

Der Tumor der Schilddrüse nahm beinahe die ganze vordere Halsseite ein und zeigte sich bei der Untersuchung als zweilappiges Gebilde von 4·3 cm im Längsdurchmesser, 5·6 cm im Querdurchmesser und 1·2 cm im Tiefdurchmesser. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor aus zahlreichen kleinen und unregelmäßigen Acini zusammengesetzt, von denen einzelne im Innenraume mit einer Schicht kubischer Epithelzellen bekleidet waren, andere mehrschichtiges Epithel aufwiesen. In einzelnen Acinis fanden sich hineinragende zellige Fortsätze, während andere in feste Zellmassen umgewandelt waren. Es fanden sich zahlreiche dünnwandige Blutgefäßräume, während optische Formationen und Kolloid vollständig fehlten.

Der Fall erinnert wesentlich an die von Sir J. T. Simpson im Jahre 1855 und von Prof. A. R. Simpson im Jahre 1866 beschriebenen Fälle. Beide Kinder stammten von kropffreien Müttern, welche vorher niemals kropfkranken Kinder geboren hatten, dagegen zahlreiche Frühgeburten durchgemacht hatten und deswegen mit Chlorkalium behandelt worden waren.

Melland (Manchester).

W. E. Fothergill. *Congenital Goitre.* (British Med. April 11, 1903. p. 847.)

Der Verf. bringt eine vorläufige Mitteilung über die Hyperplasie der fötalen Schilddrüse auf Grund der Beobachtung eines Falles, wo die Mutter, wie in dem Falle Hewetson, während der Schwangerschaft Chlorkali bekommen hatte. Das Kind kam lebend zur Welt, starb jedoch nach einer Stunde. Die Schilddrüse war unförmlich vergrößert und wog 25 g, während das normale Gewicht beim neugeborenen Kinde ungefähr 1·5 g beträgt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die Acini klein und dicht aneinandergedrängt. Kolloidsubstanz fehlte, die Gefäßentwicklung war nicht bedeutend. An Präparaten der normalen Schilddrüse ausgetragener Kinder fand Verf. eine beträchtliche Menge von Kolloidsubstanz. Der Verf. weist auch kurz auf einen Fall von angeborenem Kropf nach Chlorkalium-Behandlung der Mutter hin, welcher kürzlich von Dr. August Macdonald in der „Edinburgh Obstetrical Society“ mitgeteilt wurde. Melland (Manchester).

Vicarelli. *Sul rialzamento delle depressioni craniche nel neonato.* (Ueber Wiedererhebung der Schädeldepressionen bei Neugeborenen.) (Giorn. della R. Accad. med. di Torino Nr. 1, 1903.)

Verf., überzeugt, daß Schädeldepressionen aus der Geburt früher oder später das physische und psychische Leben des Individuums

in Frage stellen können, hat sie vom ersten Augenblick des extra-uterinen Lebens an chirurgisch zu behandeln versucht. Seit 1898 bisher der einzige Operator dieser Art in Italien, korrigierte er mit glänzendem Erfolge sieben verschiedene Fälle (rinnenförmige, dachrinnen- und dreieckförmige Depressionen). Erstere können bruchlos sein, besonders wenn im Parietale vorherrschend; die dreieckigen dagegen weisen Brüche an den Winkelrändern oder strahlenförmige Brüche auf. (Dotti (Florenz).

Sherman. *Congenital Absence of the Clavicles; Cleido-cranial Dysostosis.* (Angeborene Abwesenheit der Schlüsselbeine; defekte Entwicklung der Schlüsselbeine und der Schädelknochen.) (Amer. Med., 11. April 1903.)

Der erste Fall betrifft einen dreijährigen Knaben mit totalem Mangel der Klavikeln, jedoch guter Armfunktion. Der zweite Fall, ein achtjähriges Mädchen, hatte außerdem Eindrückungen an den Schädelnähten. Funktion ebenfalls gut. In beiden Fällen bestanden keine hereditären Momente. Wachenheim (New-York).

Armman, Willy F. *Die Behandlung des Klumpfußes an der Poliklinik des Baseler Kinderspitals.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 1903, Bd. 57, Heft 5, Seite 632.)

Nach einer kurzen Zusammenfassung und Kritik der verschiedenen Theorien der Aetiologie des Klumpfußes und des heutigen Standes der pathologischen Anatomie dieses Leidens erörtert Verf. die Vorteile und Nachteile der verschiedenen Behandlungsarten des Klumpfußes. Verf. stellt fest, daß man fast allseitig von den blutigen Methoden zurückgekommen sei und daß nunmehr die orthopädische Behandlung des Klumpfußes dominiere. In der Poliklinik des Baseler Kinderspitals speziell besteht die Behandlung in Brisement forcé, das möglichst bald nach der Geburt auszuführen ist. Das hierbei erzielte Resultat wird durch Gipsverbände und eventuell nach diesen durch den Barwell'schen Verband fixiert. Da auch der best redressierte Klumpfuß noch nach Jahren Neigung zu Rezidiven zeigt, wird auf die Nachbehandlung (Roser'scher Bügel, Heußner'sche Schiene, Methode von Pfisterer) großes Gewicht gelegt. — Die mitgeteilten Fälle zeigen in 75% gute funktionelle Resultate. Weigert (Breslau).

Lovett. *Flatfoot in Infancy and Childhood.* (Der Plattfuß im Säuglings- und Kindesalter.) (Journ. Amer. Med. Ass., 11. April 1903.)

Wenn kleine Kinder, insbesondere rhachitische, anfangen zu gehen, bemerkt man öfter ein Auftreten auf der inneren Fußkante, mit entsprechender Abnützung der Schuhe, dabei ist der Gang breitspurig, jedoch selten schmerzhaft. Genannte Symptome bilden die ersten Zeichen des sich entwickelnden Plattfußes. Bis in die allerneueste Zeit war es mit den kleinen Kinderschuhen schlecht bestellt, es bestand nicht einmal ein Unterschied zwischen rechts und

links; heute ist es etwas besser, die Schuhe sind aber noch häufig falsch geformt.

Mit Pantoffeln (Mockassins) oder Barfußgehen ist nach Ausbildung der Deformität nichts mehr auszurichten, der Fuß erfordert nun eine Leiste, am Innern der Sohle befestigt, ähnlich wie beim Plattfuß der Erwachsenen, in milden Fällen kann diese aus Filz oder Leder, in schwereren muß sie aus hartem Material verfertigt sein. Verf. rühmt besonders das Zelluloid, wegen seiner Leichtigkeit.

Wachenheim (New-York).

Noble Smith. *Congenital Displacement of the Hip.* (Lancet, 2. Mai.)

Smith stellt bezüglich der allgemeinen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation folgende Thesen auf:

1. In allen Fällen und in jeglichem Alter kann das Leiden gebessert werden.

2. Wenn der luxierte Femurkopf am Becken eine feste Stütze findet und keine Tendenz zur Verschlimmerung des Leidens vorhanden ist, so sollen die therapeutischen Bestrebungen in der Besserung der Lordose bestehen.

3. Ist der Femurkopf nach oben und unten sehr beweglich, so kann man durch Rückenlage und orthopädische Apparate das afficierte Bein entlasten.

4. Bis zum 7. Lebensjahre können alle Hüftgelenksluxationen eingerichtet werden. Verf. vertritt damit die Ansicht von Lorenz, dessen Methode er weiterhin genau beschreibt.

Karl Fürth (London).

Adolf Friderici. *Ein Fall von spontan geheiltem subphrenischen Abszeß.* (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.)

Es handelt sich um ein achtjähriges Mädchen, welches relativ spät in Behandlung der Kieler medizinischen Poliklinik kam und bei welchem eine Abszeßbildung unterhalb des Zwerchfells über der Leber konstatiert wurde. Als Ursache des Pyothorax nimmt Verf. einen Leberabszeß an, veranlaßt durch die intensive Empfindlichkeit der Lebergegend vor dem Durchbrechen des Empyems in die Brusthöhle und durch den Mangel an Luft in der Abszeßhöhle. Operation wurde abgelehnt; es kam zur Perforation in die Brusthöhle, so daß der Eiter völlig expektoriert wurde und Spontanheilung eintrat.

Keller.

Cotter. *Case of Retropharyngeal Adenitis and Abscess; Extreme Malnutrition; Recovery.* (Ein Fall von Retropharyngealadenitis und Abszeß; hochgradige Abmagerung; Heilung.) (Arch. Pediat., April 1903.)

Fall äußerst chronisch (vier Monate), sonst nichts Bemerkenswerthes.

Wachenheim (New-York).

Renault. *L'abcès rétro-pharyngien.* (Archives générales de médecine 1903, 4.)

Verf. beschäftigt sich nur mit den idiopathischen Retropharyngeal-Abszessen, welche im Gegensatz zu den Kongestions-

Abszessen im Säuglingsalter sehr häufig sind. Sie entstehen aus Vereiterungen der hinter oder neben dem Pharynx gelegenen Drüsen im Anschlusse nicht nur an Infektionskrankheiten, sondern schon an leichte Katarrhe und Entzündungen der Nase, des Pharynx, des Mundes etc.

Die Symptome der Krankheit sind bei Säuglingen zwar deutlich, aber weniger markant als bei älteren Kindern, sie bestehen in Steifheit des Halses, nasalem Timbre der außerdem klanglosen Stimme, leichtem Fieber und vor allem in Schlingbeschwerden. Dyspnoë besteht bei tiefem Sitz des Abszesses, andernfalls ist nur die nasale Atmung behindert.

Die Diagnose wird gesichert durch Palpation vom Munde aus. Die Prognose ist abhängig von der Therapie. Spontanöffnung ist selten und gefährvoll wegen der Möglichkeit, daß Eiter aspiriert wird. Die allein richtige Therapie besteht in Oeffnung des Abszesses. Fluktuation soll man nicht abwarten, es genügt, daß sich der Abszeß weich anfühlt. Sofort nach der Inzision, bei welcher ein Assistent den Säugling in aufrechter Stellung hält, muß der Oberkörper vornüber gebeugt werden, um der Gefahr der Eiteraspiration zu entgehen. Wer ganz vorsichtig sein will, kann zunächst mittels einer Aspirationsspritze den Eiter entleeren und dann erst die Abszeßhöhle selbst öffnen.

Lämmerhirt (Leipzig).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

Josef K. Friedjung. *Einige Vorschläge zur Einschränkung der Säuglingssterblichkeit.* (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

In größeren Betrieben, namentlich in Fabriken, die Frauen beschäftigen, sollte ein entsprechender Raum für die Säuglinge der Arbeiterinnen eingerichtet sein. Alle drei Stunden sollte diesen die Möglichkeit geboten sein, ihr Kind zu säugen. — Für die Ammenhaltung fordert Autor den Grundsatz, daß das Ammenkind mit der Mutter ins Haus genommen werde. Neurath (Wien).

Kerr. *Causes and Relief of the Summer Mortality of Brooklyn Children.* (Ursachen und Behebung der Sommersterblichkeit der Kinder in Brooklyn.) (Brooklyn Med. Journ., Mai 1903.)

Eine Wiederholung der Tatsachen auf Seite 49.

Wachenheim (New-York).

Rotch. *The Study of Pediatrics in its Relation to Medical Education.* (Das Studium der Kinderheilkunde im Verhältnisse zur ärztlichen Bildung.) (Journ. Amer. Med. Ass., 4. April 1903.)

Verf. plaidiert für weiteres Spezialisieren im Unterrichte in

der Kinderheilkunde an den hiesigen Universitäten; wiewohl schon der Anfang gemacht worden ist, sei noch vieles zu leisten.

Wachenheim (New-York).

Berichte.

XIII. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Solingen

am Sonntag dem 3. Mai 1903.

Zunächst führt Selter (Solingen) die Vereinigung in sein Säuglingsheim ein: Nach kurzem Ueberblick über die Geschichte der Säuglingsheilstätten und der Erwähnung der Entstehung des Hauses, das ohne sachverständigen Rat, lediglich in dem Drange, wohlzutun, von der Stifterin erbaut und erst nachher von Selter übernommen wurde, schildert derselbe kurz die Zwecke des Hauses, die sich meist mit denen der bisher bestehenden Säuglingsheilstätten decken (sittlichere Form der Ammenvermittlung, Ermöglichung der Brusternährung für Kinder unbemittelter Kreise, Ausbildung von Kinderpflegerinnen, Kontrolle des Ziehmutterwesens u. s. w.), dagegen durch Aufnahme von unehelichen Müttern mit ihren Kindern für wenigstens drei Monate und durch Erziehung derselben in der Gesundheitspflege sowohl ihres eigenen Körpers als auch ihres Kindes über deren Ziele hinausgehen. Zum Schlusse gibt Selter einen Ueberblick über die im ersten Vierteljahre des Betriebes verpflegten Kinder und Mütter (im ganzen 42 : 23).

Die weitere Sitzung der Vereinigung fand darauf im Bethesda-Krankenhaus statt. Dort gibt Selter zuerst eine kurze Schilderung der Schaffung von kleinen Spezial-Krankenanstalten. Sodann demonstriert derselbe einen Fall von vollständigem, einseitigem, angeborenem Fehlen der Bauchmuskulatur.

Darauf demonstriert Rensburg (Solingen) aus dem Material des letzten Jahres einige Erkrankungsfälle des Nervensystems:

1. Drei Hirnverletzungen.

a) Verletzung mit einer Phiole, Verlust an Gehirnsubstanz in Klein-Apfelgröße in der Gegend des hinteren Stirnhirnes bis auf die Zentralwindungen. Drei Tage Bewußtlosigkeit, dann glatte Heilung, anfänglich totale halbseitige Lähmung, die sich zum Teil wieder zurückbildete, so daß der Junge den Fuß unter Hinken benutzen, ebenso gröbere Bewegungen mit der Hand ausführen kann;

b) ein Gehirnsabszeß nach einer perforierenden Verletzung in der Gegend der Bewegungszentren mit vollständiger halbseitiger Lähmung. Trepanation, Eröffnung und Drainage des Abszesses, vollständige Rückkehr der Bewegungsmöglichkeit;

c) eine symptomlos in das Stirnhirn eingeheilte Flobertkugel.

2. Drei Fälle angeborener spastischer Lähmungen.

a) Zwei Kinder eines Potator strenuus. Beide zeigen das typische Bild der von Little beschriebenen Lähmung (Steigerung der Reflexe, Fußklonus, Strabismus, Intelligenzdefekte, Hautreflexe normal); ein dritter Bruder mit gleicher Krankheit gestorben, sonst in der Familie keine Geistes- und Nervenkrankheiten;

b) ein sechsjähriger Junge, der, unfähig zu gehen, zu stehen und zu sitzen, einen bei Ablenkung der Aufmerksamkeit verschwindenden Spasmus sämtlicher Glieder zeigt. Bei Bewegungsversuchen ataktische Bewegungen; der Spasmus steigert sich bei diesen wesentlich; Sehnenreflexe eher abgeschwächt als lebhaft, kein Fußklonus, dagegen Hautreflexe stark gesteigert; eine einfache Berührung löst eine spastische Kontraktur des ganzen Körpers aus. Intelligenz ziemlich normal, Sprache unbeholfen, jedoch kann der Junge alles sagen. Die Diagnose bleibt zweifelhaft.

3. Eine *Athyreosis* im 18. Lebensjahre, durch fünfmonatliche Thyreoidinbehandlung in der gewöhnlichen Weise beeinflusst. Wachstum in dieser Zeit 10 cm.

Heimann (Solingen) demonstriert alsdann einen Tumor des Mediastinum anticum, der Leiche eines dreijährigen Mädchens entnommen, der klinische Erscheinungen vonseiten des Respirations- und Zirkulationsapparates geboten hatte. Die ersterwähnten, auch zuerst beobachteten Respirationsstörungen bestanden in Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, sowie im Auftreten von Stridor beim lauten Schreien. Daneben hatten sich Oedeme der Brust- und Gesichtshaut sowie Erweiterung der Brusthautvenen eingestellt. Außerdem waren beträchtliche Anschwellungen der dicht oberhalb der Clavicula gelegenen Halslymphdrüsen zu bemerken. Anatomisch handelte es sich um einen zur Gruppe der Lymphosarkome gehörigen, sehr weichen Tumor, der zu Kompression der Trachea und des rechten Bronchus geführt hatte und einmal in die Lunge am Hilus hineingewachsen war und weiter zu lymphomatöser Umwandlung des dem Herzbeutel aufliegenden Fettgewebes geführt hatte.

Im Anschlusse an diesen Fall berichtet Heimann über die im Mediastinum anticum vorkommenden Geschwülste und deren Ausgangspunkt, sowie über die sich in der Literatur findenden Anhaltspunkte zur Bestimmung des Ausgangspunktes der Lymphosarkome. Zum Schlusse macht er auf die Unhaltbarkeit der Annahme einer mechanischen Einwirkung der Thymus auf die Trachea und dadurch herbeigeführten Tod aufmerksam, wenn in solchen Fällen eine Verengerung der Trachea nicht erwähnt wird.

Paffenholz (Düsseldorf) trug hierauf ein Sammelreferat: Ueber die Aetologie und Pathologie der Magendarmkrankheit des Säuglings vor. Da sich dasselbe zu kurzem Referate nicht eignet, kann hier nicht darüber berichtet werden. Es wird in extenso erscheinen. Rey (Aachen).

Sektion Turin der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

12. Februar 1903.

I. Sitzung.

Vorsitzender: Mensi.

M. Motta: Indicazione dell' intervento incruento il più precoce possibile nella cura della lussazione congenita dell' anca.

Auf Grund der neuesten pathologisch-anatomischen und radiographischen Untersuchungen, dahingehend, daß angeborene Hüftverrenkung durch zunehmendes Alter, Druck und Gehen rasch zunimmt, nach Erwähnung der raschen Heilerfolge Langes u. a., besonders Kirmissons (Paris 1900), bespricht Votr. seinen (mit Margary) der königl. Akademie von Turin 1886 und 1889 mitgeteilten Heilplan, der sich darauf stützt, „so bald als möglich, d. h. sobald die Deformität konstatiert werden könne, einzuschreiten“. Er besteht in geeigneter Massage, Führung nach außen und Rotation des Beines, Gewichtsextension, Streckapparate u. s. w. In 20 Fällen, wovon 7 beiderseitige, guter Erfolg.

E. Meynier: Un caso di acondroplasia in una bambina di 10 mesi.

Nach Beschreibung Erörterung der Differentialdiagnostik mit Rhachitis und Myxödem. Demonstration von Photographien.

E. Mensi: Un caso d'anemia splenica infantile.

Keine Sklerose der Weichteile und Malpighi'schen Follikel; Blut- und Milzsaftkultur intra vitam negativ; Organotherapie durch junge

Kalbsmilch sehr wirksam. Ohne dazwischenkommende Bronchopneumonie, die den Tod herbeiführte, wäre sogar völlige Heilung eingetreten.

E. Mensi: 12 osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche di lesioni renali di lattanti.

Sklerem, Sklerödem, zuweilen keinerlei Hauterscheinungen, in einem Falle urämische Zuckungen. Bedeutend ist nach Ref. der klinische Unterschied von Sklerem und Sklerödem, obwohl beide manchmal vereinigt auftreten; ebenso bedeutend die broncho-pneumonischen und septischen Infektionen und die Nierenveränderungen im Sklerödem. Die Theorie der Niereninfektionen sei jedoch Ref.s Beobachtungen zufolge nicht auf alle derartigen Fälle anzuwenden, da einige höchstwahrscheinlich auf jener besonderen individuellen Insuffizienz und ungenügenden Entwicklung der Niere beruhen, die Ref. schon 1892 durch zahlreiche Untersuchungen über Harn von Neugeborenen nachwies. (Bericht an die Turiner Akademie für Medizin.)

Meynier: Das Ausbleiben des Sklerödems in den Mensi'schen Fällen, trotz Vorliegens aller nach der Comba'schen Theorie zu Sklerödem nötigen pathologischen Vorbedingungen, könnte sich dadurch erklären lassen, daß andere Bedingungen, wie Herzschwäche und niedriger Arterien-Druck sowie Frühreife, Syphilis und Erkältung fehlten.

Das Ausbleiben der Nierenveränderungen bei Sklerödem könnte auf eine direkte Infektionswirkung auf das Sklerödem selbst hinweisen.

Vallana beobachtete bei Kindern des Hospizes manchmal Frühgeburt und erhebliche Hypothermie (33 bis 35°) ohne Sklerödem und betrachtet demgemäß jene zwei Erscheinungen als für Sklerödem nicht ausschließlich entscheidende Faktoren.

Meynier: Die Hautabkühlung, die ehemals als die wahre Ursache des Sklerödems galt, wird jetzt bloß als prädisponierender, wenn auch nicht zu unterschätzender Faktor aufgefaßt. Erkältung kann bei gesunden Säuglingen und Kindern, umsomehr aber bei an allgemeiner Infektion mit Entzündungserscheinungen der Nieren erkrankten prädisponierten die Ursache von Oedemen werden. Er weist auf zwei im Winter 1901 bei ein- bis zweimonatlichen Säuglingen beobachtete Fälle hin, wo ein akutes, hartes allgemeines Oedem in Verbindung mit sehr starker Nephritis auftrat; einer hatte eine Nabelinfektion, der andere war von einer an Mastitis leidenden Mutter gesäugt worden. Beide Fälle ereigneten sich beinahe zugleich bei einer gelegentlichen sehr starken Temperaturniedrigung im Winter und beide bewohnten gar nicht oder doch wenig geheizte Räume.

A. Muggia: Die Ursachen des Sklerems sind Ref. zufolge sehr verschieden. Zur Erklärung des Sklerems nach Bronchopneumonie ohne Nephritis (Mensi'sche Fälle) wären die Theorien über metapneumonische Oedeme des subkutanen Zellgewebes heranzuziehen. Nachdem Foà nachgewiesen, wie bei veränderten Lebensbedingungen des Pneumokokkus auch die pathologisch-anatomischen Erscheinungen verändert auftreten können, sei doch anzunehmen, daß auch eine Diplokokken-Infektion bei Säuglingen bei Herzschwäche und Ernährungsstörung der Gefäßwände anstatt spezieller entzündlicher Oedeme oder Eiterungen ein mehr oder weniger allgemeines Oedem hervorbringen könne.

A. Vallana: Sul valore di uno dei mezzi per accrescere la secrezione lattea della donna.

Veldermann gelang es in seinem Säuglingsasyl, durch Darreichung von durchschnittlich 1200 g Milch an die Mütter in 8 Fällen (von 11) Vermehrung oder Besserung der Milchsekretion zu erlangen. Bei 5 Ammen des Findelhauses von Turin dagegen brachte die Darreichung von durchschnittlich 1½ Liter Milch täglich keinerlei Zunahme der Sekretion, ja sogar bei Diarrhöen oder Verdauungsstörungen Abnahme. In zwei Fällen, bei 1 Liter täglich, erfolgte reichlichere Harnsekretion und Besserung der Milchausscheidung, besonders in Qualität und Quantität der Fettkörperchen. In einem einzigen Falle war die Zunahme der Milch mehr eine Folge der verbesserten Ernährung und häufigeren Säugens kräftiger mehrmonatlicher Säuglinge, als der galaktogenen Tätigkeit der Milch.

A. Muggia: Un caso di paralisi completa congenita dei quattro arti.

Gesundes Kind von gesunden syphilisfreien Eltern, Geburt normal, rechtzeitig, nicht asphyktisch. Gewicht 2900 g. Zwei Tage nach der Geburt Lähmung aller Glieder, bei normaler Funktion der Organe.

Wachstum regelmäßig, aber Unbeweglichkeit dauerte an, Tod an Bronchitis nach $4\frac{1}{2}$ Monaten. Befund: Normalgebautes Kind, Gewicht und Statur normal, innere Organe gesund. Völlige schlaffe Lähmung der vier Glieder, keinerlei Sensibilitätsstörung, vielleicht etwas Schwäche der Haut und Patellarreflexe. Elektrische Untersuchung ergab keinerlei Veränderung der nervomuskulären, faradischen oder der galvanischen Reizbarkeit. Bei Unmöglichkeit der Leichensektion Diagnose etwas dunkel. Da jedoch Entbindungslähmung oder Lähmung aus Poliomyelitis oder Polyneuritis, sowie Pseudoparalyse aus Syphilis sicher ausgeschlossen sind, so glaubt hier Ref. einen Fall von Aplasie des Rückenmarkes annehmen zu müssen.

A. Muggia: Un caso di acondroplasia.

13jähriges Mädchen, dessen Mutter an chronischer Nephritis und Eklampsie litt. In der Säuglingsperiode zuweilen (obwohl selten) Zahnungsstörungen; geringes Wachstum, gegenwärtig bloß 1.03 m. Charaktere von Achondroplasie, Rachicephalie, Kürze der Glieder. Oberarm und Oberschenkel viel kürzer als Vorderarm und Unterschenkel, Lumbare Einsattlung. Keinerlei rhachitische Deformitäten, große Intelligenz.

Meynier: Das umgekehrte Verhältnis zwischen mesomelischem und rhizomelischem Segment in der Gliederlänge, das für Achondroplasie als charakteristisch gilt, sei nicht konstant vorhanden.

Dotti (Florenz).

Sektion Rom der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(1. März 1903.)

Vormittags-Sitzung.

Vorsitzender Prof. Concetti.

C. Comba: Voluminoso corpo estraneo nelle vie aeree. (Umfangreicher Fremdkörper in den Luftwegen.) Exstruktion durch Tracheotomie. Heilung. (Riv. di clin. pediat. I, Nr. 4, S. 251.)

Ein $3\frac{1}{2}$ jähriges Kind, das eine Bohne verschluckt hatte, wurde von trockenen Husten- und Erstickungsanfällen ergriffen. Im Spital Diagnose auf Fremdkörper im rechten Bronchus. Tags darauf neuerdings sehr heftiger Erstickungsanfall, weshalb sofort Tracheotomie. Diese war schwer, da es nach Oeffnung der Trachea nicht gelang, den Fremdkörper mit gewöhnlicher Pseudo-Membranpinzette herauszuziehen. Nach einem vergeblichen Versuche, den Fremdkörper hinunterzustoßen, gelang es, mit Sonde und Pinzette eine Menge Bohnenfragmente zu extrahieren, und das größte wurde sogar erst nach sechs Tagen aus der Trachealkanüle entfernt. Sofort hörte das Fieber auf und das Kind heilte allmählich völlig.

O. Cozzolino: Interno agli effetti dell'estirpazione del timo nei giovani conigli. (Ueber die Wirkungen der Thymus-Exstirpation bei jungen Kaninchen.) (La pediatria 1903, Nr. 3.)

Experimenteller Beitrag zur Frage der Funktion dieser Drüse im tierischen Organismus, bei Kaninchen von 300 bis 400 g Durchschnittsgewicht. Kleine Modifikationen in der Technik erlaubten ihm, Operation in wenigen Minuten, ohne jedwelche schlechte Folge für die Tiere, vor-

zunehmen. Weder Infektion der Wunde, noch Perikarditis. Nach Thymus-Exstirpation unbedeutende Blutung; nach kurzer Dyspnoë jedoch völlige Heilung. Einige starben nach wenigen Tagen mit negativem Leichenbefund, zwei an Diarrhöe, die anderen überlebten. Körpergewicht, nach geringer Verminderung und Stillstehen in den ersten zwei Tagen, wurde wieder normal. Keinerlei feste Beziehung zwischen Drüsen- und Körpergewicht.

Von der Hypothese Briegers, Kitasatos und Wassermanns ausgehend, daß im Thymus antitoxische Substanzen existieren, hat Verf. einstweilen einige Untersuchungen mit Diphtherietoxin angestellt, um die Widerstandsfähigkeit der der Thymus beraubten Tiere gegen die Infektionen festzustellen. Zwei seit einem Monat und sechs Tagen der Thymus beraubte Kaninchen, mit einem Minimum der tödlichen Dosis (0.05% des Gewichtes des Tieres) schwach toxischen Diphtherietoxins inokuliert, starben kurz nach den Kontrolltieren, während drei andere seit sechs Tagen operierte und ebenso inokulierte Kaninchen weit früher als die Kontrolltiere starben, welche letztere erst nach vielen Tagen diphtheritischer Lähmung erlagen. Verf. beschränkt sich darauf, die Hypothese aufzustellen, daß andere Organe, wie Milz, Lymphdrüsen, Schilddrüse u. s. w., bei den ersten zwei Kaninchen die exstirpierte Thymus ersetzt hätten.

Flamini ist im Begriffe, Versuche über die immunisierende Tätigkeit des Histons anzustellen, das er nach Lillienfeld'scher Methode aus verschiedenen Organen gewinnt, und bemerkte schon, daß das aus Thymus gewonnene Histon weder gegen Toxine noch gegen Injektionen von Diphtheriebazillus-Kulturen eine immunisierende Wirkung ausübt.

Comba fragt Cozzolino, ob der operative Eingriff an und für sich die Widerstandsfähigkeit des Tieres gegen Diphtherietoxine vermindere.

E. Valagussa erhielt bei Versuchen über die Tätigkeit der Thymussäfte bloß negative Resultate, hält seine Technik nicht für genau, aber auch Cozzolinos an Kaninchen gewonnene Resultate betreffs der Thymustätigkeit auf Diphtherietoxine nicht für zuverlässig genug, da diese Tiere die Toxinwirkung sehr wenig empfinden. Rät, Versuch an Meerschweinchen zu wiederholen. Cozzolinos Resultate seien durch die geringe Widerstandsfähigkeit der kürzlich operierten Tiere besser zu erklären, als durch die Kompensationstätigkeit der inneren Sekretionsprodukte der parenchymatösen Organe.

Pacchioni glaubt mit Valagussa, es sei nicht der immunisierenden Tätigkeit der Thymus der vorzeitige Tod der der Thymus beraubten Tiere zuzuschreiben. Es seien auch Veränderungen im inneren Stoffwechsel der Gewebe zu berücksichtigen, die auf die Thymus-Exstirpation folgen und die Widerstandsfähigkeit der Tiere vermindern.

Er fragt, ob Cozzolino außer Gewichtsunterschieden auch noch Veränderungen in der Entwicklung des Fötus und der Knochen bemerkt habe.

Cozzolino versichert Pacchioni, daß die Operation sukzessive so vervollkommenet worden sei, daß sie sich jetzt in sehr kurzer Zeit und ohne jeden Schaden für die Tiere abwickle. Er zog Kaninchen vor, gerade um zur Erreichung des tödlichen Minimums eine bedeutende Quantität Toxin anwenden zu können. Die Kontrolltiere der zweiten Serie, die erst lange nach Inokulierung an diphtheritischer Lähmung starben, beweisen, daß die injizierte Dosis eben das tödliche Minimum war.

Da Ref.s Untersuchungen nur die möglichen Beziehungen zwischen Thymus und Rhachitis zu studieren bezweckten, zu denen Basch neuestens einen günstigen experimentellen Beitrag geliefert hatte, richtete er seine Studien nicht auf das Verhalten des Knochensystems.

Combas Einwendung findet Ref. nur bis zu einem gewissen Grade richtig und mit Carbones Versuchen übereinstimmend.

O. Cozzolino und P. Pezzullo: *Sullo stato della pressione cerebrale durante il vomito.* (Ueber den Stand des Hirndruckes beim Säugling während des Erbrechens.) (La pediatria 1903, Nr. 4.)

Zwei Meinungen stehen einander gegenüber, um die Veränderungen des Hirndruckes während des Erbrechens zu erklären. Einige behaupten mit

Lussana, es finde in den Hirngefäßen eine Verminderung des Blutdruckes statt, andere dagegen nehmen mit Cantani eine Zunahme desselben an.

Verff. bringen in ihrer Arbeit zwei Beobachtungen mit graphischen Kurven über den Puls an der Fontanelle und stimmen Cantani bei.

G. del Vecchio: Sopra un caso atipico di malattia di Friedreich. (Ueber einen atypischen Fall der Friedreich'schen Krankheit.)

Ref. zeigt ein seit drei Monaten in der Klinik befindliches siebenjähriges Mädchen mit solchen nervösen Funktionsstörungen, daß auf Friedreich'sche Krankheit zu schließen ist.

Zwei Umstände sind bemerkenswert:

1. Anamnestic der Mangel irgend einer Erblichkeit oder Kollateralität für jegliche nervöse Störung überhaupt.

2. Abwesenheit einiger der diagnostisch entscheidendsten charakteristischen Merkmale im Krankheitsbilde.

Nach einem genauen Berichte über Anamnese und mehrmalige Untersuchung bei Eintritt und während Verbleibens in der Klinik bespricht Votr. die einzelnen Symptome und schließt auf erbliche Ataxie mit Ausschluß einer vorzeitigen Rückenmarks-Tabes, eines Kleinhirntumors und einer disseminierten Sklerose.

Es handelt sich um eine atypische Form der Friedreich'schen Ataxie.

Filia: Tre casi d'infezione streptococcica curati col siero Marmorek. (Drei mit Marmorek'schem Serum behandelte Fälle von Streptokokken-Infektion.)

Ref. berichtet über drei solche Fälle aus Concetti's Klinik. Alle drei wurden mit hohen Marmorek'schen Dosen behandelt, aber erfolglos.

Gagnoni: Das Antistreptokokken-Serum Tavel's hat in starken Dosen eine bedeutende therapeutische Wirkung und ist dem Marmorek'schen überlegen.

Comba erklärt letzteres dadurch, daß das Tavel'sche Serum von Tieren, die mit einer Mischung verschiedener Arten von Streptokokken inokuliert werden, gewonnen werde.

Concetti glaubt an diese Überlegenheit des Tavel'schen Serums nicht. Obwohl auch er mit Marmorek'schem Serum keine guten Erfolge erzielt, glaube er doch, daß in einigen Fällen auch das Marmorek'sche wirksam gewesen sei. Vielleicht hänge es von der Verschiedenheit der zu den zwei Sera verwendeten Streptokokken ab. Man müßte also gleichzeitig mehrere Sera anwenden, um größere Wahrscheinlichkeit eines guten Erfolges zu haben.

Mya ist auf Grund persönlicher Erfahrungen ebenfalls immer etwas skeptisch in Bezug auf die Heilwirkung des Antistreptokokken-Serums, da die verschiedenen Abarten der Streptokokken, die beim Menschen Infektionen erzeugen und zu Serum Verwendung finden, zu zahlreich seien. In diesem Jahre bemerkte er jedoch zwei Fälle von Streptokokken-Infektion nach Masern, in denen die Heilwirkung des Antistreptokokken-Serums, das aus dem serotherapeutischen Laboratorium in Bern stammte, bestätigt wurde. Ref. hebt die von Comba bemerkte Tatsache hervor, daß das Berner Streptokokken-Serum aus Tieren bereitet werde, die mit Streptokokken verschiedenen Ursprunges, nicht mit einer Gattung allein, inokuliert seien. Er hält ürigens für den guten Erfolg des Streptokokkenserums, sowie jedes anderen Serums überhaupt, die individuellen Vorbedingungen, in denen sich die Streptokokken-Infektion vollzogen, für ausschlaggebend; bei Kindern, wo die Infektion hauptsächlich eine Folge des von vorhergehenden Krankheitsursachen erzeugten kachektischen Zustandes ist, sei Streptokokken-Serum gewöhnlich unwirksam, da die heilfördernde Tätigkeit des erkrankten Organismus fehle.

Francesco Fede: Ancora sull'edema tossicoemico nei bambini. (Mitgeteilt von Dr. Jovane.)

Ref. stellte in der Sektion Neapel der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde zwei mit diffusum Oedem behaftete Schwestern, Lucia und Luise de Micco, fünf-, resp. dreijährig vor und schloß aus ihrer Krankheitsgeschichte, daß es sich um Oedem und toxikämisches Anasarka aus andauernden Darmstörungen und Darm-Toxinfektionen handle.

Nach längerem Verbleiben in der Klinik und Studien über diese noch unklare Krankheitsform kann Ref. jetzt die ödematöse klinische Form bestätigen.

Besserung anhaltend; Kur ganz auf die Darmstörungen gerichtet. Bemerkenswert ist die konstante Wechselbeziehung zwischen Oedem und Diarrhöe: Abnahme des ersteren hörte mit Erscheinen und Zunahme der letzteren auf; ersteres dehnte sich aus, sobald letzteres akuter wurde und ausartete, um dann zu verschwinden, wobei Darmfunktionen normal wurden.

Bemerkt muß werden, daß Lucia, die länger und stärker an Magen-darmstörungen litt, nur langsam gesundete, wogegen Luise mit anscheinend schweren aber rasch vergehenden intestinalen und ödematösen Formen jetzt vollkommen geheilt ist und ein blühendes Aussehen bietet. Erstere hatte Gewichtszunahme und Zunahme der Blutkörperchen, letztere stieg von 7850 kg auf 8630 kg in einem Monate und von 4,180.000 roten Blutkörperchen auf 4,320.000.

Auch Untersuchung auf Virulenz und Toxizität der Fäces ergab in beiden Fällen positive Resultate. Peritoneal-Injektionen, sei es aus Mischkulturen, sei es aus Kolibazillus (4 cm³ pro Kilogramm des Gewichtes des Tieres), töteten Meerschweinchen von über 500 g in weniger als 18 Stunden; gleiche Wirkungen ergaben Untersuchungen auf Toxizität der Fäces.

Sehr verschieden fallen diese Versuche nach einmonatlicher Kur aus, wenn schon völlig geheilt; Virulenz und Toxizität dann minimal, was den toxinfektiösen intestinalen Ursprung der Oedeme in den zwei Fällen bestätigt.

Es bleiben nur noch einige Spuren von Rhachitis, Anzeichen unregelmäßiger Ernährung und wiederholte Störungen der Magendarm-Funktionen.

Die Hervorhebung solcher Fälle von Oedem und toxikämischem Anasarka bei Kindern, die schon *Durante* bemerkt, aus Darm-Toxinfection ist von Bedeutung.

Es kann hier betont werden, daß in den *Archives of Pediatrics*, Dezember 1902, *Dewolf* über 13, klinisch den obigen ähnliche Oedemfälle berichtet, alle, mit Ausnahme eines einzigen, aus gastroenteritischen Veränderungen mit identischen Symptomen; Pat. bleich, ödematös, apathisch, gedrückt, und Oedem nahm mit Diarrhöe ab. In einem Falle Harn nur albuminös, in vier klare Nierenverletzungen, in allen schwere Formen mit neun Todesfällen.

Dewolf nimmt als erste Ursache die schweren und andauernden Darmstörungen an, die die Kranken zu gewissen Infektionen, besonders durch Milch, prädisponieren, woraus Veränderungen im Blute, in Gefäßen und Nieren sowie Oedem resultierte.

Mya glaubt nicht, daß Pathogenese des toxikämischen Oedems mit Darmursprung von der des *Bright'schen* Oedems verschieden sei, und erinnert an die von ihm in seinem Lehrbuche der Nierenkrankheiten dargestellte Theorie, nach welcher das *Bright'sche* Oedem die Folge einer Störung der lymphherzeugenden Funktionen ist, die von den wegen der Nierenschwäche im Blutumlaufe zurückbehaltenen toxischen Produkten her-
stamme. Zur Begründung dieser Theorie stützte sich Ref. auf die Versuche *Heidenhains* über die lymphagogischen Substanzen. Er glaubt, daß auch das Oedem aus toxischen Produkten intestinalen Ursprungs einen analogen Ursprung habe und bei den Kindern leichter vorkomme, bei denen diejenigen Ernährungsprozesse vorwiegen, von denen die Lymphogenese einen hervorragenden Teil bildet.

E. Gagnoni: *Sopra un caso di eosinofilia verificato in un poppante al seno della madre affetta da tenia*

medio-cannellata. (Ueber die Arbeit wird in nächster Nummer speziell berichtet.)

Mya findet die Mitteilung Gagnonis sehr interessant, da sie die sehr engen Beziehungen des Organismus der Ernährerin mit dem des Säuglings immer mehr bestätigt. Die Eosinophilie ist von hohem diagnostischem Wert, obwohl noch immer dunkel. Obwohl nicht in direkter Beziehung zum Gegenstande, glaubt Ref. doch eine Beobachtung von sublingualem Papillom (Riga'sche Krankheit), in dem die histologische Untersuchung Dr. Frizzonis in Ref.s Laboratorium eine sehr bedeutende Menge eosinophiler Zellen ergab, erwähnen zu dürfen.

Analogen, wenn auch weniger reichlichen Befund hatte man bei laryngealen Papillomen verschiedenen Ursprungs. Wie bekannt, hatte man bei anderen Leiden der Atmungsschleimhaut ein gleiches Resultat. Es ist also festgestellt, daß Eosinophilie in einer langen Reihe produktiver und destruktiver Affektionen der Schleimhautoberfläche beinahe konstant aufträte. Besteht zwischen dieser Tatsache und der bei Helminthiasis vorkommenden Eosinophilie eine Beziehung? Das werden weitere Beobachtungen bestätigen oder ausschließen.

Nachmittags-Sitzung.

Vorsitzender: Professor Mya.

A. Jovane: Un caso di spleno-pulmonite in una fanciulla di otto anni (Malattia di Grancher).

Ref. will besonders auf die von Grancher eingehend studierte, bisher nur in einigen Lehrbüchern der Kinderpathologie erwähnte Splenopneumonie aufmerksam machen. Es handelt sich um ein achtjähriges Mädchen ohne erbliche Belastung. Hohes Fieber, heftiger Husten und Schmerzen an der ganzen linken Seite des Thorax. Ein Arzt erkannte Pneumonie. Nach drei bis vier Tagen, als es schon geheilt schien, wieder Fieber, Husten und Expektoration. Einen Monat nach Aufnahme in die Klinik Atemfrequenz, leichte Cyanosis an den Extremitäten, starker und frequenter Puls; verminderte linksseitige Beweglichkeit des Thorax, keinerlei Asymmetrie, Stimmfremitus links abgeschwächt. Perkussion an der linken Hälfte des Thorax stark gedämpft; daselbst feines Rasseln und leichte Aegophonie. Ictus cordis schwächer, aber an seiner rechten Stelle. Traube'scher Raum völlig normal. Expektoration zeigte Reinkultur von Fränkel'schen Pneumokokken.

Bei der ersten Untersuchung glaubte Ref. einen Fall von exsudativer Pleuritis vor sich zu haben und beschloß eine explorative Punktion. Bei drei Punktionen kein Tropfen Flüssigkeit.

A. Jovane: La quantità di glicogeno nei diversi lobi del fegato di conigli molto giovani e di conigli adulti.

Um einen Beitrag zur Kenntnis der hepatischen Glykogenese zu liefern, suchte Ref. das Glykogen in den zwei Hauptlappen der rechten und linken Leber quantitativ zu bestimmen. Er wählte sechs kleine Kaninchen, die erst seit kurzem Gras fraßen, und sechs erwachsene, alle gleich an Haar und Gewicht, unterwarf sie derselben Diät und tötete sie nach zwei Stunden Verdauung; ihre Leber, nach der von Külz modifizierten Brücke'schen Methode behandelt, ergab folgende Resultate:

1. Die Glykogenmenge variierte in den zwei Lappen beider Kaninchengruppen, so zwar, daß sie sich bald im rechten, bald im linken Lappen reichlicher erwies.

2. Die verschiedene glykogenbildende Tätigkeit in den zwei Hauptlappen der Leber muß von dem nach Séregés neuesten Ansichten verschiedenen Ursprung des das Organ benutzenden Blutstromes abhängen.

A. Longe: Ulteriore contributo allo studio della etiologia del noma.

Ref. berichtet über seine bakteriologischen Studien in einem Falle von Pharynxgangrän nach Masern mit vielfachen metastatischen nekrotischen

Herden, und in vier Fällen von Noma, wovon einer auf Nephritis aus Impetigo der Kopfhaut, einer auf eitrige Stomatitis, ein dritter auf Masern folgte; im vierten fehlten anamnestiche Daten völlig.

Aus dem gesammelten Material konnte Verf. die gewöhnlichen pyogenen Keime isolieren, in zwei Fällen mit dem pseudodiphtheritischen, in einem Falle mit *Diplococcus lanceolatus*, in zwei Fällen mit Keimen aus der Gruppe *Streptotrix*, in zwei Fällen mit *Proteus vulgaris*, in einem Falle mit *B. Zopfii*, in einem Falle mit *B. subtilis* (?) und in anderen mit Sarzinen gepaart.

Ref. fand weder Babes-Zambilovici-Bazillus noch den von Trambusti oder den vom Verf. selbst in einem anderen Falle isolierten, mit nekrotisierenden Eigenschaften ausgestatteten Bazillus.

Inokulierung von Meerschweinchen mit isolierten Keimen oder Emulsionen von mit Noma behafteten Geweben bedingte den Tod des Tieres durch Septikämie oder erzeugte Abszeß, nie aber gangränöse Erscheinungen.

Ref. betont, daß die von ihm selbst isolierte Flora mit den Studien seiner Vorgänger (Comba, Guizzetti, Trambusti u. s. w.) und der bei gewöhnlicher eitriger Stomatitis vorgefundenen Flora übereinstimme, und daher vom bakteriologischen Standpunkte aus, wenigstens auf Grund der bisherigen Studien, dem Noma keine Spezifität zugeschrieben werden könne.

Vom klinischen Standpunkte aus würde Ref. gerne sozusagen eine spezifische Prädisposition annehmen.

Häufig sieht man in der Tat an Kindern mit schlechtem Allgemeinbefinden (atrophische, tuberkulöse, von Typhoidfieber rekonvaleszente u. s. w.) schwere eitrige Stomatitis durch eine energische Kur mehr oder weniger rasch heilen, während bei anderen dagegen mit befriedigendem Allgemeinbefinden eine kleine Eiterung der Schleimhaut trotz der energischsten Kur sich zu Noma entwickelt. Solche Tatsachen, schließt Ref., zwingen uns, bei letzteren eine solche Labilität der Zellen anzunehmen, daß die gewöhnlichen pyogenen Keime, die unter normalen Bedingungen nur den einfachen Eiterungsprozeß ergeben, in diesem Falle die Nekrose herbeiführen.

Comba gibt Longo zu, daß in der Pathogenese des Noma der geschwächten Widerstandskraft des Organismus eine größere Bedeutung zuschreiben sei, als den von verschiedenen Autoren isolierten Bakterien, von denen sich keiner als für die Krankheit spezifisch erwiesen hat.

Concetti stimmt mit Longo und Comba betreffs der großen Bedeutung des Zustandes des Gewebes bei Nomaerzeugung überein. In vielen infektiösen Krankheiten werden dem Noma ähnliche gangränöse Formen beobachtet, so z. B. die Gangrän der Vulva bei Masern, Typhus u. s. w. Oefters hat Ref. splenische Anämie in Noma ausgehen sehen.

Mya: Das Gesagte zusammenfassend, betont Ref. die Tatsache, daß trotz der vereinzelt Beobachtungen einiger Autoren (Babes, Guizzetti, Trambusti) spezifische Mikroorganismen für Noma bisher nicht vorgefunden wurden. Es fragt sich, ob bei diesem Stande der Dinge es nicht besser sei, einen anderen Weg einzuschlagen. Seit einiger Zeit neigt Ref. zur Anschauung, die Entstehung dieser ausgedehnten spontanen Verfallserscheinungen stehe in Verbindung mit vorausgehenden Ernährungsstörungen, die eventuell von histolytischen Toxinen bedingt wären, bei deren Erzeugung wieder vorausgehende Infektionen eine Rolle spielen dürften.

D. Pacchioni: Considerazioni sopra un caso di meningite tubercolare.

Ein zweijähriger Knabe kam mit Symptomen schwerer Meningo-Encephalitis in die Kinderklinik zu Florenz. Die Krankheit verlief tödlich in sechs Tagen unter vorwiegend depressiven Erscheinungen. Bei Autopsie wurde tuberkulöse Meningitis erkannt; in den histologischen Präparaten außerordentliche Mengen von Tuberkelbazillen. Die zwei ersten Lumbalpunktionen am zweiten und vierten Tage ergaben viel Albumin enthaltende cerebrospinale Flüssigkeit, die nicht spinnwebartig koagulierte, an vielnkernigen Leukocyten reich und frei von Tuberkelbazillen war. Durch eine dritte

Punktion am fünften Tage gewann man dagegen vorwiegend einkernige Leukocyten und zahlreiche Tuberkelbazillen enthaltende und charakteristisch spinnwebartig koagulierende Cerebrospinal-Flüssigkeit. Ref. glaubt, daß die schwere Schädigung der Hirnsubstanz eben von der außerordentlichen Menge der Bazillen abhängt. Er erklärt das Verhalten der Cerebrospinal-Flüssigkeit durch die Annahme, daß wegen der riesigen Tuberkelbazillen-Invasion die Hirnhäute zuerst bloß den gewöhnlichen Widerstand, wie gegen jeden anderen Keim, geleistet hätten und erst später die für Tuberkulose charakteristischen exsudativen und produktiven Erscheinungen aufgetreten seien.

Mya: Bei Bestimmung der klinischen Symptomatologie und der Reaktionstätigkeit der Leptomeningen bei Hirnhauttuberkulose liegt der Hauptfaktor in der Art, wie sich die Hirnhaut-Infektion abspielt, und in der Menge des Tuberkelmateri als, das auf dem Gefäßwege mit der Hirnhaut selbst in Berührung kommt. Bei langsamer Hirnhaut-Infektion haben wir das gewöhnliche Bild, einen allmählichen Verlauf, der der progressiven Vervielfältigung der Tuberkelgranulierungen längs den Hirnhautgefäßen gleichkommt. In diesem Falle ist die cytologische Formel der Cerebrospinal-Flüssigkeit die Lymphocytose.

Ist dagegen Hirnhauttuberkulose die Folge einer raschen und reichlichen Einführung des Tuberkelmateri als in den Blutumlauf, wie z. B. beim Eindringen des Inhalts einer verkästen Lymphdrüse in eine Vene, so nimmt die Meningitis einen rascheren und heftigeren Verlauf und die Symptome der granulösen Lokalisierung treten, wenigstens am Anfange, gegen die allgemeinen Symptome der durch den plötzlichen indirekten Kontakt des Tuberkelmateri als mit der Hirnsubstanz hervorgerufenen Nervenintoxikation völlig in den Hintergrund. In letzterem Falle reagiert die Dura mater zunächst in ausgedehntem Maße gegen die reichliche Menge von Tuberkelbazillen und die leukocytaire Form ist nun Polynukleose. Erst später, wenn Pat. nicht rasch unterliegt, treten Hirnhauttuberkel auf und erscheinen in der Cerebrospinal-Flüssigkeit Lymphocyten. Der Fall Pacchionis gehört zu letzterer Kategorie.

Flamini beobachtete einige Fälle tuberkulöser Meningitis, prüfte dabei die Cerebrospinal-Flüssigkeit und konstatierte wiederholt Vorwiegen von Polynukleose in der cytologischen Formel; in solchen Fällen in der Flüssigkeit selbst immer Tuberkelbazillen. Das läßt auf ein Verhältnis zwischen den zwei Befunden schließen.

Concetti stimmt dem Votr. zu.

Wie Mya richtig bemerkte, fand in jenem Falle eine rasche Invasion reichlichen Bakterienmateri als statt, wie bei akuter infektiöser Meningitis.

G. Mya: *Corpo estraneo esofageo diagnosticato mediante la radioscopia.*

Neunjähriger Knabe kam 1900 ins Krankenhaus, weil er nach eigener und seiner Mutter Aussage ein Zehnpfennigstück verschluckt hatte. Die Chirurgen fanden die Speiseröhre vollkommen frei, schlossen daher ein Verbleiben der Münze in der Speiseröhre aus und schickten das Kind nach Hause (Bagno in der Romagna), wo ihn die Mutter in der Ueberzeugung stärkte, die Münze sei entweder nie verschluckt oder wieder ausgestoßen worden. Zwei Jahre später, im Oktober 1902, befällt den Knaben eine ausgiebige Hämatemesis, die ihn beinahe an den Rand des Grabes bringt.

Im Krankenhause wird neuerdings zur Hypothese der Münze im Verdauungskanal Zuflucht genommen, um die Hämorrhagie zu erklären, und als wahrscheinlich Magengeschwür diagnostiziert. Durch die Radioskopie entdeckte man den an Volumen einem Zehnpfennigstücke entsprechenden Fremdkörper in dem mittleren oberen Teile des Thorax auf der Höhe des Manubrium sterni und des linken Sternoklavikulargelenkes. Daher Diagnose auf Fremdkörper im mittleren Drittel der Speiseröhre; aber bei Sondierung derselben wurde diese für eine starkkalibrige Oesophagussonde vollkommen durchgängig gefunden und daraus gefolgert, daß der Fremdkörper das Speiseröhrenlumen allmählich verlassen und gewissermaßen eine Art Seitendivertikel bildete, in dem er sich lange hatte aufhalten können, ohne

Erscheinungen hervorzurufen. Die Hämorrhagie hatte dann plötzlich seine Existenz verraten. Bei der Tiefe seiner Lage glaubte der Chirurg nicht intervenieren zu können, und das Kind starb nach einem Monate an neuer plötzlicher Hämorrhagie.

G. Mya: *Intorno ed una forma di stenosi laringea consecutiva all' iniezione del siero antidifterico.*

Ref. hatte Gelegenheit, zwei sehr interessante Fälle zu beobachten, in denen er der Tätigkeit des Antidiphtherie-Serums eine unter besonderen Vorbedingungen entwickelte Larynxstenose zuschreiben zu müssen glaubt.

Im ersten Falle handelte es sich um einen zweijährigen, fetten, leicht lymphatischen, zehn Tage vorher an leichter Laryngitis erkrankten Knaben. Von den besorgten Angehörigen dazu gedrängt, nimmt der Arzt drei Injektionen Behring'schen Serums Nr. II vor, ohne aber von der Gegenwart eines wirklichen diphtheritischen Krupps überzeugt zu sein. Die Laryngitiserscheinungen verschwinden schnell und nach fünf Tagen ist das Kind geheilt. Plötzlich acht Tage nach der letzten Injektion wird es von leichtem Fieber, sehr verbreitetem Nesselerythem mit schweren Erscheinungen laryngealer Stenose befallen und Intubation wird nötig. Kein Zeichen von Diphtherie; völlige Abwesenheit von Pseudomembranen in Pharynx und Larynx, welche nur etwas Schleim aussondern. Mit der Urtikaria verschwinden auch die Erscheinungen der Larynxstenose und die Extubation wird einige Tage nachher ohne Schwierigkeit und ohne Nacherscheinungen vorgenommen. Stimme wird wieder rasch hell.

Kulturen negativ auf Diphtheriebazillen, Pneumokokken und Streptokokken.

2. Fall: Ein vierjähriger Knabe kam mit Erscheinungen diphtheritischen Krupps, die Intubation und Injizierung von 400 Einheiten Behring erheischen, auf die Klinik. Extubation nach dreitägigem Verbleiben des Tubus sehr leicht und nach einer Woche scheint die Stenose definitiv überwunden; aber nach neun Tagen, bei Ausbruch sehr verbreiteter Urtikaria, wiederholt sich die Larynxstenose in heftig drohender Form und erheischt wieder Intubation. Es kommt kurz nachher eine Form von Bronchopneumonie hinzu, der das Kind nach mehreren Tagen nutzlosen Kampfes, in denen auch sekundäre Tracheotomie vorgenommen werden mußte, erliegt.

Da Ref. das Wiedererscheinen der Larynxstenose weder durch eine Diphtherie-Infektion im ersten Falle, noch durch eine Reinfektion im zweiten oder durch Dazwischenkommen anderer Krankheitserreger erklären kann, so dachte er an eventuelles sublinguales Larynxödem mit einer der Urticaria cutanea analogen Entstehungsursache. Er stützt sich auf folgende Gründe:

1. Larynxstenose trat gleichzeitig mit Ausbruch der außerordentlich heftigen Urtikaria auf.

2. Sie war höchst rasch in ihren Wirkungen, analog der bei akutem Larynxödem vorkommenden. Das läßt an ein mit der kutanen Form gleichzeitiges, heftige stenotische Wirkungen hervorbringendes Urtikaria-Ödem in der Larynxschleimhaut, u. zw. in der sublingualen Gegend, denken. Zur Erschwerung der Form kann auch der vorangehende Infektionsprozeß beigetragen haben.

Im ersten Falle wirkten persönliche Vorbedingungen (Fette, lymphatischer Zustand) prädisponierend.

Im zweiten Falle folgte auf toxisches Kehlkopfödem schnell ein septischer Vorgang in den Luftwegen, der die tödliche Form der Bronchopneumonie bedingte.

Ref. verhehlt sich nicht die Unsicherheit einer solchen Erklärung, besonders in dem zweiten Falle, in dem kurz nachher ein wirklich diffuser Infektionsprozeß der Atmungswege nachfolgte, glaubte aber, das akute sublinguale Ödem durch Serum-Intoxikation als wissenschaftlich rationell mit in die Reihe der klinischen Möglichkeiten aufnehmen zu können.

Gewiß ist ein solcher Fall eine Ausnahme und kann nicht als Kontraindikation gegen das Serum angerufen werden.

Sorgente fragt Mya, ob er trotz des Zusammentreffens des Glottisödems mit Exanthem, bei Festhalten des toxischen Ursprunges des Oedems, das Diphtheriegift ausschließen zu können glaube.

Spolverini fragt, ob auf Grund von Myas Theorie man nicht auch für jene seltenen, speziellen, nur wenige Stunden dauernden, bei Kindern in der Akme der Maserneruption beobachteten Fälle akuter Larynxstenose eine einleuchtende Erklärung finden könne.

Concetti: Zur Aufklärung des Parallelismus mit den Erscheinungen bei Masern, auf den Spolverini hingewiesen, betont er, daß akute Stenosen der Anfangsperiode vom Exanthem der Kehlkopfschleimhaut abhängen, das wiederum, wie das Exanthem, für toxisch gehalten wird. Es ist einleuchtend, daß in sehr akuten Fällen akutes Oedem der sublingualen Gegend entstehen könne, welches jedoch, wie das Influenza-Oedem, als durch Serum hervorgerufen zu betrachten sei.

Valagussa will die Erwähnung einiger von ihm beobachteten Tatsachen auf seine Mitteilung über Influenza aufsparen.

Er erinnert daran, wie in zwei Fällen von scharlachförmiger Dermatitis nach Influenza Erscheinungen von Laryngospasmus auftraten. Er glaubt, daß diese infolge der Erörterungen Myas in diesen zwei Fällen vielleicht vom Influenzabazillus ausgesonderten toxischen Substanzen zu verdanken seien, die die Dermatitis erzeugten.

Mya antwortet Sorgente, im ersten Falle handle es sich nicht um Diphtheriekrupp, wie der milde und rasche Verlauf des ersten Stenoseanfalles klar bezeugte. Im zweiten Falle, in dem Diphtheriekrupp vorausging, war der sekundäre Stenoseanfall von keinerlei paralytischen Erscheinungen begleitet und auch das Bild der Larynxstenose entsprach nicht dem Bilde der Paralyse der Stimmbänder.

Auf Spolverinis Frage antwortet Ref., die Anfangsstenose bei Masern sei wahrscheinlich eher direkt infektiösen als toxischen Ursprungs.

Er glaubt, daß die von Valagussa beobachteten, von toxidermischen Wirkungen begleiteten laryngospastischen Erscheinungen bei Influenza als sublinguale Oedemerscheinungen toxischen Ursprunges erklärt werden können.

L. M. Spolverini: L'importanza del fermento ossidante nel latte di donna come indice del suo stato colostrale.

Ref. hat eine Reihe von Versuchen unternommen, um festzustellen, ob die Oxydase konstant und exklusiv in der, wie Gillet sagt, in kolostralem Zustande befindlichen Frauenmilch vorkomme. Technik dieselbe wie bei Gillet, immer auch mikroskopische Prüfung der Milch und häufig auch Reaktion unter dem Mikroskop.

Ref. untersuchte zwei Gruppen Frauen, u. zw. die tatsächlich kolostrale Milch (gleich nach Geburt) besitzenden und die, welche regelmäßig unter den verschiedensten Zeit-, Orts- und Krankheitsumständen stillten. Es wurde Milch von 102 Frauen geprüft: 15 wirklich kolostrale haben immer positive Reaktion des oxydierenden Fermentes und den mikroskopischen Nachweis zahlreicher Kolostrumkörperchen in der Milch ergeben. Von den 87 Frauen in den verschiedensten Umständen gaben 77 mehr oder weniger intensive positive Reaktion, aber in 20 Fällen fehlte der mikroskopische Nachweis von Kolostrumkörperchen, trotz wiederholter Reaktion und mikroskopischer Untersuchung; in 10 Fällen Reaktion negativ, nur in einem Falle sehr spärliche Kolostrumkörperchen.

Aus diesen Untersuchungen schließt Ref., daß die Oxydase auch in Frauenmilch sehr häufig ist und sowohl in der wirklich kolostralen Milch als in der gewöhnlichen Milch, die im Begriffe ist, kolostral zu werden, konstant vorkomme, jedoch, obwohl seltener, auch in normaler Milch gefunden werden kann.

L. M. Spolverini: Un caso di pachimeningite emorragica con trombosi dei sinini un bambino di 20 mesi.

Ueber diese Arbeit wird in der nächsten Nummer speziell berichtet.

Ballerini: Osservazioni cliniche sugli effetti dell' influenza in alcuni bambini.

Verf. berichtet eingehend über zwei Fälle seiner Privatpraxis während der diesjährigen Influenza-Epidemie; in einem trat gleichzeitig mit Influenza eine scharlachförmige Eruption auf; im anderen die klinischen Symptome einer tuberkulösen Meningitis, so zwar, daß diese Krankheit diagnostiziert wurde. Mit der weiteren Entwicklung der Krankheit verschwanden die Symptome nach und nach und das Kind heilte. Da jedoch der Kleine kurz vorher Influenza gehabt hatte, so glaubt Ref., daß die beobachteten Erscheinungen wahrscheinlich auf eine meningitische Lokalisierung des Pfeiffer'schen Bazillus hinweisen.

F. Valagussa: Osservazioni cliniche sull'epidemia attuale d'influenza dei bambini.

Ref. sagt, daß das Kapitel der Kinderinfluenza einer Neubearbeitung unterzogen und die zerstreuten Beobachtungen über diese Krankheit gesammelt und gesichtet werden müssen.

Am Anfange einer Influenza-Epidemie könne man weder über Symptomatologie noch über Verlauf der Krankheit ein Urteil abgeben. Bald wiege die klassische Form vor, bald habe man nur die als Komplikationen betrachteten Formen, die aber das Hauptbild der Krankheitsform ausmachen. Er spricht von versteckten und asthenischen Influenzaformen von langem, selbst mehrwöchentlichem Verlaufe, berichtet über sieben Fälle von scharlachförmiger Dermatitis, drei Fälle masernförmigen Exanthems und zwei influenzaförmige Fälle, die das ganze Lymphgefäßsystem betroffen hatten. Er spricht über die besonderen Merkmale der Zunge der kleinen Influenza-kranken; dieselbe gebe wichtige Auskünfte über den Verlauf der Krankheit, berichtet über Otitis und Tonsillitis bei Influenza, und übergeht die schon von Ballerini behandelten cerebralen Formen.

Comba weist betreffs der interessanten Mitteilung Ballerinis auf die in den letzten Jahren beschriebenen Fälle mit meningitischem Verlauf aus Pfeiffer'schem Bazillus hin, fragt, ob Vorredner, da die in der Privatpraxis nicht immer willkommene Lumbalpunktion ausgeschlossen war, Symptome von Meningitis aus Pfeiffer'schem Bazillus mit gutem Ausgange bemerkt habe. Aus neueren Beobachtungen sei bekannt, daß Meningitis aus Pfeiffer'schem Bazillus beinahe immer von Tod begleitet ist, aber zuweilen heilen kann (Fall Caccias).

Pacchioni: In der in Florenz sich abspielenden Influenza-Epidemie habe ich auch auf Rat Myas bakteriologische Untersuchungen angestellt und wenn ich nicht irre, habe ich neunmal mit einer von mir ersonnenen Trachealsonde aus der Trachea von mit Influenzaformen Befallenen den Pfeiffer'schen Bazillus isoliert. Ich konnte einen typischen Fall masernförmiger Eruption beobachten, in der tatsächlich die Diagnose schwer war, da Konjunktivitis und Stomatitis mit unterliefen. In den anderen Fällen handelte es sich um Bronchitis und Laryngitis. Der Verlauf derselben zog sich im allgemeinen lange hinaus. Pacchioni erwähnt die leichte Bildung von peribronchialen Knötchen und kleinen multiplen Lungenabszessen.

F. Valagussa: Un caso di megacolon congenito.

L. Concetti: Sulle ricadute e sulle recidive nella difterite.

Ueber beide Arbeiten wird in der nächsten Nummer berichtet.

Dotti (Florenz).

IV. Jahresversammlung des allgemeinen deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege.

Castenholz (Köln): Lehrstoffe und Lehrziele der höheren Schulen, ausschließlich der häuslichen Schularbeiten.

Eine Ueberbürdung der Schüler der höheren Lehranstalten durch den Unterrichtsplan an sich ist nicht als vorhanden zu betrachten.

Tatsächlich bestehende Ueberbürdung beruht zum weitaus größten Teile in der geistigen Unzulänglichkeit der Schüler, zum anderen Teile in der zu großen Schülerzahl der unteren Klassen und der falschen Handhabung des Unterrichtsplanes durch einzelne Lehrer.

Abhilfe kann nur geschaffen werden durch die Verminderung der Sextanerzahl und durch Schaffung einer Instanz (Lehrer und Schularzt), welche bei Beendigung der Vorstufenausbildung „ex officio“ den Eltern über die geistige Befähigung ihres Kindes Mitteilung machen und „Ratschläge“ zu dessen weiterer Ausbildung erteilen sollen, falls es einer höheren Lehranstalt überwiesen werden soll.

Zu dem Zwecke ist das Schularzt-System weiter auszugestalten, auf Mittel- und Vorschulen, eventuell auch auf die drei untersten Klassen der höheren Lehranstalten auszudehnen.

Nicht völlig oder nur mühsam genügende Schüler der Vorstufen sind durch den Schularzt auf ihre geistige Leistungsfähigkeit zu prüfen, falls sie einer höheren Lehranstalt überwiesen werden sollen, und zwar durch mindestens zwei Untersuchungsmethoden.

Eine lebhaft diskutierte Wendete sich vor allem gegen den ersten Satz, sodann gegen die Einrichtung der Instanz, welche über die geistige Befähigung der Kinder vor dem Eintritte in die höhere Lehranstalt ein Urteil abgeben soll.

Rensburg (Elberfeld): „Stundenverteilung einschließlich des Nachmittagsunterrichtes.“

Die Zahl der wissenschaftlichen Stunden soll 30 in der Woche nicht überschreiten; die Maximalzeit der untersten Vorschulklasse beträgt 18 in der Woche; sie darf in der zweiten und dritten Vorschulklasse 22 nicht überschreiten.

Die peinlichste und genaueste Beachtung der an die Stundenverteilung gestellten schulhygienischen Forderungen ist für die Vorschulen und unteren Klassen zu fordern. Um dort eine zweckmäßige Verteilung möglichst unabhängig zu machen von anderen Rücksichten, ist der Unterricht dort möglichst von einem Lehrer zu erteilen, in der Regel sollen dann die Unterrichtsgegenstände halbstündlich wechseln.

Die Zeiteinheit der Unterrichtsstunde übersteige nicht 45 Minuten.

Als Maximalzahl für den Vormittagsunterricht gelten fünf Stunden, für Vor- und Nachmittagsunterricht sechs Stunden.

Zwei Systeme der Stundenverteilung genügen den hygienischen Anforderungen.

Ausschließlicher Vormittagsunterricht, fünf Stunden nicht überschreitend.

Beibehaltung des Nachmittagsunterrichtes unter folgenden Bedingungen:

Zwischen Vor- und Nachmittagsunterricht ist eine Pause von mindestens drei Stunden zu legen;

die Einführung der englischen Mahlzeiten ist anzustreben;

am Nachmittage sollen nur solche Fächer gelehrt werden, die keine wesentliche häusliche Vorbereitung erfordern und geistig wenig anstrengend sind.

Die einzelnen Unterrichtsfächer sind so auf den Tag zu verteilen, daß die praktisch und experimentell als die am anstrengendsten erkannten Unterrichtsgegenstände in die ersten drei Stunden fallen. Fächer, die eine größere Inanspruchnahme der Körpermuskeln bedingen, sind nicht hintereinander zu legen. Schriftliche Arbeiten sind in den beiden ersten Stunden anzufertigen. Die Turnstunden, die zwischen den übrigen Unterrichtsstunden liegt, soll so erteilt werden, daß sie erfrischt, nicht ermüdet.

Während der einzelnen Unterrichtsstunden bleibt es der Aufmerksamkeit der Lehrer dringend empfohlen, durch Abwechslung einer etwaigen einseitigen körperlichen oder geistigen Ermüdung zu steuern.

Rey (Aachen): Schulanfang und Schulzeit, Erholungszeit im Freien und in der Familie.

Die Festsetzung der Zeit des Schulanfanges am Vormittag ist für die höheren Schulen den Schulvorständen zu überlassen, die im Einvernehmen mit den Eltern unter Berücksichtigung aller örtlichen einschlägigen Verhältnisse den genaueren Zeitpunkt bestimmen.

Der Nachmittagsunterricht soll, wenn er nicht zu entbehren ist, erst um 3 Uhr beginnen.

Zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden ist in allen Klassen eine Pause von 15 Minuten einzuschieben; diese Pausen sollen auch von den oberen Klassen durch Spiel im Freien oder in gedeckten Hallen ausgefüllt werden.

Schulbäder sollten bei Neubauten von höheren Schulen nicht vergessen und in allen schon vorhandenen womöglich nachträglich noch errichtet werden.

Das Schuljahr ist so zu verlegen, daß es mit den großen Sommerferien schließt, resp. nach denselben anfängt. Die großen Ferien sind in die heiße, für den Unterricht unfruchtbarste Zeit, in den Juli und August, zu legen.

Die Gesundheitspflege der Schüler fällt zum bei weitem größten Teile den Eltern zu; die Schule ist ohne Mithilfe der Eltern machtlos. Daher sind, zumal in größeren Städten, Vereinigungen von Eltern und Gönnern der Schulen, wozu selbstverständlich das Lehrerkollegium gehört, zu gründen, die das bis jetzt fehlende Bindeglied zwischen Schule und Haus herstellen und eine gegenseitige Ergänzung und Unterstützung zur Förderung des geistigen und körperlichen Wohles der höheren Schüler ermöglichen sollen.

In diesen Vereinigungen können die Besprechungen über Schulanfang und sonstige Einrichtungen, so weit sie in den Händen lokaler Behörden liegen, besprochen und die Wünsche der Eltern gehört werden.

Weiter sind sie geeignet, durch Vorträge von Lehrern und Aerzten über Verteilung der Arbeitszeit, der zweckmäßigsten Erholung, Vermeidung von Ueberlastung, Alkoholgefahr etc. die Gesundheitspflege der Jugend sehr zu fördern.

Endlich sind derartige Vereinigungen wohl eher imstande, für unsere Jugend die nötigen Spielplätze, gedeckte Hallen, Schulbäder etc. von den Behörden zu erlangen, als es den Vereinigungen für Jugendspiele bisher gelungen ist.

Petersen (Bonn): Skoliose und Schule.

Die Schule soll das Mögliche zur Verhütung der Wirbelsäulen-Verbiegungen leisten:

Durch aktive Gegenarbeit gegen die Entstehung durch Turnen und Turnspiele, durch günstige Schulräume und Sitze, durch richtige Reihenfolge der Lehrstunden, sowie durch Unterweisung der Lehrer über die hauptsächlich schlechten Angewohnheiten der Schulkinder beim Sitzen.

Die Schule soll die frühzeitige Entdeckung der Skoliose herbeiführen, indem bei der Aufnahme in die Schule alle Kinder obligatorisch durch den Schularzt untersucht werden; indem diese schulärztlichen Untersuchungen aller Kinder in regelmäßigen Zeiträumen — wenigstens jährlich einmal — wiederholt werden; indem die Lehrer, nachdem ihnen die Augen für diese Dinge geöffnet sind, jedes Kind, das sich eine schlechte Haltung angewöhnt, dem Schularzt zuführen.

Die Schule hat an ihrem Teil für die sofortige Behandlung aller Skoliosen zu sorgen.

Es müssen von schulwegen an Stelle der sonstigen Turnstunden obligatorische Skoliosen-Turnstunden — in entsprechend vermehrter Zahl — eingerichtet werden.

Für die ohnehin schwächeren Skoliosen-Kinder muß nachmittags ausgiebige Schulfreiheit — je nach dem Falle — gewährt werden, damit die Kinder vor und nach dem Turnen die dringend notwendige Ruhezeit haben.

Die Auswahl der Fälle erfolgt durch den Schularzt, die zeitweise Kontrolle und richtige Auswahl der Übungen u. s. w. muß womöglich spezialistisch vorgebildeten Aerzten übergeben werden; namentlich die schweren Fälle werden solcher Behandlung bedürfen. Die entsprechende Vorbildung ist eventuell leicht in größeren Krankenhäusern nachzuholen.

Die Turnkurse werden in den vorhandenen Turnanstalten, eventuell in Krankenhäusern an möglichst zahlreichen Orten einzurichten sein, um eine Beteiligung der Kinder auch aus Nachbarorten zu ermöglichen (eventuell Freifahrtschein, zeitweises Uebersiedeln der Kinder in den Ort des Kurses, Anlernen der Mütter etc.).

Als Leiter der Kurse sind weibliche Kräfte zu beschaffen, deren Ausbildung am besten in Krankenhäusern stattfindet und kaum mehr als sechs bis acht Wochen erfordern wird.

Die Kosten des Lehrpersonals können unschwer durch ganz kleine Beiträge der nicht ganz unbemittelten, durch größere Normalsätze der Bemittelteren aufgebracht werden. Privatkurse für Wohlhabendere ergeben für die Unterhaltungskasse und die Turnlehrerin wünschenswerte Nebeneinnahmen. Die Kinder mittelloser Leute müssen alles umsonst haben.

Diese Aufgaben der Schule bedürfen besonders dringend einer Ausdehnung auch auf Privatschulen und Pensionate unserer höheren Töchter.

Wickenhagen (Rendsburg): Der Schulunterricht und die Bewegungsspiele im Sinne der Schulhygiene.

Die körperliche Erziehung an den höheren Schulen hat in ihrem Betriebe und bei der Wahl des Übungsstoffes mit den allgemeinen Aufgaben zu rechnen, welche einer wissenschaftlichen Anstalt gestellt sind. Sie soll im besonderen darauf ausgehen, das ganze Erholungsleben der Jugend zu veredeln.

Die Fassung der neuen preußischen Lehrpläne, nach welchen zunächst auf die leibliche Entwicklung und Stärkung der Gesundheit Rücksicht zu nehmen ist, verdient volle Billigung.

Im Sommer steht das Bewegungsspiel und der Betrieb volkstümlicher Übungen im Vordergrund, im Winter das methodische Gerätturnen.

Es ist möglichst im Freien zu turnen; die Turnhalle ist deshalb nicht zu entbehren.

Eine Vermehrung der drei Wochenstunden ist nicht anzustreben.

Gesunde sportliche Neigungen der Schüler im Rahmen der Schule und ihrer Gesetze verdienen volle Förderung.

F. A. Schmidt (Bonn): Schulunterricht und Bewegungsspiele im Sinne der Schulhygiene.

I. Turnen und Spielen in den Volksmädchenschulen.

Das Turnen der Mädchen in den Volksschulen hat weniger den Erwerb bestimmter körperlicher Fertigkeiten ins Auge zu fassen, als gesundheitliche Ziele zu verfolgen.

Die ungemeine Häufigkeit von Rückgratsverkrümmungen und von schlechter Haltung bei unseren Mädchen, ebenso wie die mit beginnender Entwicklungszeit stetig zunehmende Blutarmut und Bleichsucht weisen schon auf die hygienischen und physiologischen Bedürfnisse hin, denen die körperliche Erziehung der Mädchen in der Schule in allererster Linie zu beugegen hat.

Geregelte turnerische Übungen (Freiübungen, Übungen an der Bank, Hangübungen an der wagerechten und schrägen Leiter, sowie am Rundlauf) sollen dem gesamten Skelett und der Muskulatur kräftige Wachstumsanregungen geben. Insbesondere ist die Erstarbung der Rückenmuskeln sowie der Bauchmuskeln zu erstreben und eine schöne gestreckte Haltung der Wirbelsäule, sowie eine gute Entfaltung des Brustkorbes zu sichern.

Solche Übungen in bestimmter Auswahl sind am besten täglich vorzunehmen, etwa 20 bis 30 Minuten lang.

Zur gesunden Entwicklung der Atem- und Kreislauforgane sowie zur Förderung der Blutbildung dient weiterhin regelmäßige reichliche Bewegung in freier Luft, bestehend in der Pflege munterer Schritarten, besonders des natürlichen Eilganges, des Sprunges, des Laufes und insbesondere der Lauf- und Ballspiele. Diese Übungen sind des Nachmittags an mindestens zwei Stunden in der Woche vorzunehmen.

Neben diesen regelmäßigen Übungen und Spielen während der Schulzeit sind für die Mädchen der Volksschulen in den Städten noch von ganz besonderer Bedeutung die Ferienspiele, zu denen die Mädchen tagtäglich während der Sommer- oder Herbstferien womöglich auf Waldspielplätze hinauszuführen sind.

II. Turnen und Spielen für die Fortbildungsschulen.

(Kaufmanns-, Fabriks- und Handwerks-Lehrlinge.)

Die Lehrlingszeit in der Fabrik, im Handwerk, wie zumeist auch im kaufmännischen Berufe umfaßt gerade diejenigen Lebensjahre, in welchen das für das gesamte Dasein entscheidende Wachstum wichtigster Lebensorgane, nämlich der Lungen und des Herzens, sich vollzieht.

Wenn das zur Zeit sich entwickelnde Fortbildungsschulwesen nicht zu einer schweren Gefahr für die Gesundheit, die Arbeits- und Wehrfähigkeit weiter Volkskreise sich gestalten soll, so muß nicht nur unbedingt darauf verzichtet werden, die späten Abendstunden sowie den der Erholung zu widmenden Sonntag für Fortbildungsunterricht in Beschlag zu nehmen, sondern es müssen auch positive Maßnahmen getroffen werden, um das heranwachsende Geschlecht gesund, kräftig und arbeitstüchtig zu erhalten.

Zu diesen positiven Maßnahmen zählen insbesondere regelmäßige Leibesübungen: Spiele, Turnübungen im Freien, Märsche und Ausflüge, Baden und Schwimmen.

Je durchgreifender und allgemeiner dies geschieht, umso mehr wird es gelingen, weite Volksschichten widerstandsfähiger zu machen gegen die Volkskrankheit, die Tuberkulose, destomehr wird es weiterhin auch möglich sein, das Erholungsleben des Volkes gesünder zu gestalten und so dem Alkoholmißbrauch Schranken zu setzen.

Finkler (Bonn) bespricht in eingehender Weise den „hygienischen Unterricht in der Schule“, welcher am besten in der Weise einzurichten sei, daß ein wesentlicher Teil der hygienisch wichtigen Fragen in den Unterrichtsstunden der Chemie, Physik, Minerallehre, Geographie etc. an passender Stelle erörtert werde. Außerdem sei in den Lehrplan eine Stunde für Biologie einzufügen, in welcher die in den übrigen Lehrstunden unerörtert gebliebenen Fragen besprochen werden. Schließlich sei in dieser Stunde eine kurze Zusammenfassung des ganzen Gebietes zu geben. Der Unterricht ist durchwegs den Lehrern zu übertragen, bei deren Ausbildung auch dieser Zweig besonders zu berücksichtigen sei, ohne daß dadurch eine Ueberbürdung herbeigeführt werde.

Die Ausführungen des Vortragenden, welcher in seinen Forderungen nie über die Grenzen des Erreichbaren hinausgeht, finden allgemeine Zustimmung.

Papst: Englische und deutsche Schulerziehung in hygienischer Hinsicht.

Die englische Schulerziehung ist der deutschen in hygienischer Hinsicht überlegen, und zwar:

In gewissen Formen der äußeren Einrichtungen, der Schulordnung und Disziplin; in der Verteilung der Unterrichtsstunden, Pausen, Ferien u. s. w.; in der Auswahl und Art des Betriebes bestimmter Unterrichtsfächer (experimentell-praktischer Unterricht in den Naturwissenschaften, Elementarunterricht, manueller Unterricht, Zeichnen, Antiqua-, Steilschrift u. s. w.); in der Pflege der turnerischen Spiele und anderer Körperübungen.

Votr. stützt sich in seinen Ausführungen auf eigene sorgfältige Studien der Einrichtungen, wie sie namentlich an den englischen Volksschulen getroffen und praktisch in mancher Beziehung für uns vorbildlich sind.

Selter (Solingen): Schule und Kleidung.

Pflicht der Schule ist die Bekämpfung gesundheitswidriger Kleidung, und zwar nicht nur des Wesens (Reinlichkeit, Einfachheit), sondern auch der Art derselben.

Als besonders schädlich erweisen sich bei der jetzigen Bekleidungs-
mode: 1. Schuhwerk; 2. Halskragen; 3. Schnürleib, bzw. um den Leib be-
festigte Kleidungsstücke.

Als Kampfmittel stehen der Schule zu Gebote: 1. Belehrung beim
Unterricht, bei Inspektionen, beim Schulbad; 2. Schulstrafen; 3. das Beispiel
der Lehrpersonen.

Keller.

Besprechungen.

Ballantyne. *Manual of antenatal pathology and hygiene.* (Edinburgh,
William Green & Sons, 1902, Pag. 527. 8^o.)

Von der bekannten Hand Ballantynes liegt jetzt ein neues
Werk vor, schön ausgestattet und von wertvollem Inhalt.

Auf ein reiches Material von ca. 300 selbst beobachteten
Fällen gestützt, die die meisten und am öftesten vorkommenden
antenatalen Krankheitszustände umfassen, hat der Verf., indem
er die hiezugehörnde Literatur durchgeht, sein Thema klar und
übersichtlich dargestellt.

Es ist mit etwas Neugierde, daß man sein Sammelwerk zu
lesen anfängt — es sind ja teils neue Gebiete, die man hier be-
treten muß — bald aber kommt man zu der Ueberzeugung, daß
der Verf. hierdurch neue Gebiete für die Aerzte eröffnet, die von
großer Bedeutung sowohl für das Geschlecht als für das Individuum
sind.

Der Grundton seiner Arbeit ist dieser: Sie betrifft das Individuum
auf seinem frühesten Stadium; deshalb hoffen wir, durch
präventive Verhaltensmaßregeln desto glücklicher einzuwirken,
weil wir die Krankheiten in ihren Anfängen treffen.

Die neue antenatale Pathologie besteht darin, daß man die
Monstrositäten, die fötalen Krankheiten und die Krankheits-
prädispositionen zusammenstellt und sie als Teile eines Spezial-
zweiges der Medizin behandelt.

Der Verf. arbeitet nach einer Einteilung, nach welcher die
embryonale Periode die ersten sechs Wochen, die neofötale Ueber-
gangsperiode von der 6. bis zur 8. Woche und die fötale Periode
von der 8. bis zur 40. Woche dauert.

Der Verf. entnimmt die antenatale Pathologie nicht nur aus
der fötalen und embryonalen Periode — den zehn Lunarmonaten —
sondern auch aus den Agentien vor der Imprägnation bis zur
Historia medica früherer Generationen.

Sie endigt auch nicht beim Schlusse des intrauterinen Lebens,
es ist unmöglich vorzubeugen, daß pathologische Prozesse, in dem
intrauterinen Leben angefangen, ihre Tätigkeit auch nach der Geburt
fortsetzen (Syphilis, Ursache vieler Mißbildungen, Prädisposition zur
Tuberkulose, erbliche Disposition für Nervenkrankheiten etc.).

Der Verf. teilt sein Buch in zwei Abschnitte.

Der I. Abschnitt umfaßt das Verhältnis der antenatalen Patho-
logie zu der postnatalen und neonatalen.

Nachdem er die antenatale Pathologie definiert hat, behandelt er in den ersten Kapiteln ihr Verhältnis zu den anderen Studienzweigen, wie allgemeine, generelle Pathologie, zu den biologischen Zweigen, wie Anatomie und Physiologie etc. Weiter zu den medizinischen Zweigen, wie Geburtshilfe, Hygiene, Gynäkologie Gerichtsmedizin etc.

Dann durchgeht er den augenblicklichen und nachfolgenden Effekt der antenatalen Pathologie, den antenatalen Faktor in der pathologischen Anatomie, der Gynäkologie, Symptomatologie, Aetiologie etc. Dazu kommt ein Kapitel über die Physiologie der neonatalen Periode und den Einfluß des antenatalen Faktors auf die neonatalen Prozesse.

Daran schließt sich ein Kapitel über verschiedene Typen von neonatalen Krankheiten, die den Einfluß des antenatalen Faktors illustrieren; wir erwähnen hier: intrakranielles Trauma, Facialisparalyse, Frakturen, Cephalohämatoma, intrinatale Infektion, wie Ophthalmia neonatorum; neonatale Infektion, wie Tetanus, und andere Krankheiten, wie Ikterus, Melaena, Pemphigus etc.

Der II. Abschnitt umfaßt die Pathologie und Hygiene des Embryos.

Es wird mit einer Uebersicht über den generellen Charakter des Fötallebens, das fötale Gewicht und die Entwicklung in den verschiedenen Monaten eingeleitet. Darnach die Anatomie und Physiologie des reifen Embryos.

Dann geht der Verf. zu der fötalen Pathologie über, indem er die generellen Prinzipien schildert und die Rolle, die die intrauterine Umgebung, der plazentare Faktor und der embryonale Faktor spielen.

Bei übertragene („transmitted“) Krankheiten behandelt Verf. die Frage der antenatalen Immunität. Eine solche gibt es sicher und kann durch Vaccination der Mutter während der Gravidität herbeigeführt werden; sie dauert aber nicht lange. Es wurde auch eine Typhus-Reaktion von fötalem Blute nach Widal konstatiert. Schon Hippokrates war eine fötale Malaria bekannt.

Eine fötale Tuberkulose ist durch Tierexperimente festgestellt; Verf. glaubt jedoch nicht an Baumgartens Theorie der Latenz der Tuberkelbazillen.

Die fötale Syphilis wird vom Verf. ausführlich behandelt und werden pathologische Gewebsveränderungen des ungeborenen Kindes in der fötalen Periode des antenatalen Lebens begrenzt (8. bis 40. Woche). Verf. erklärt, die antenatale Behandlung sei der Schlüssel der ganzen Therapie und sie sei die einzige, von der gesagt werden kann, daß durch sie sichere Resultate erzielt werden.

Beim Kapitel Toxikologie hebt Verf. die bedeutungsvolle Rolle der Placenta als die einer Barriere hervor. Trotzdem können toxische Stoffe das Kind erreichen und Strukturveränderungen hervorrufen (Chloroform). Alkohol ist schädlich (prädisponierend für Epilepsie, Imbezillität etc.)

Unter Eklampsie, Karzinom, Diabetes etc. hebt Verf. hervor, daß die Mutter schwer angegriffen sein und doch ein gesundes Kind gebären könne.

Verf. fordert auf, die Mutter energisch zu behandeln, um die Plazenta zu stimulieren und den Toxinen ein Hindernis zu setzen.

Nach Beschreibung einer Reihe von Zuständen, wie generelles Oedem, Elephantiasis, Myxödem etc., verschiedene Hautkrankheiten, wie Ichthyosis (mehrere Zeichnungen und mikroskopische Schnitte!), behandelt Verf. die Krankheiten des Skeletts, der Ernährungsorgane, der Zirkulations-, Respirations- und Harnorgane. Dazu noch ein Kapitel über traumatische Krankheiten (fötale Frakturen etc.).

Unter „antenatale Diagnose“ empfiehlt Verf. eine genaue Anamnese sowohl der Eltern als der klinischen Geschichte der Familie. Dazu noch eine genaue Examination der Mutter und des Kindes in utero (Abdominalpalpation, Auskultation, Cephalometrie, Skiographie), chemische und mikroskopische Examination der Sekrete, dann die intrinatale (sub partu) und postnatale Untersuchung.

Unter „Therapie“ muß hervorgehoben werden des Verf. warmes Plaidoyer für Errichtung von Krankenhäusern oder Heimstätten für Gravide. Indem er Maygriers Worte: „La defense de l'enfant est à l'ordre du jour“ zitiert, fügt er hinzu, es sei notwendig, mit „La defense du Foetus“ zu beginnen. Er erörtert kurz die Diät und Hygiene der Gravidität, empfiehlt körperliche Uebungen, bespricht etwas genauer die Medikation des Fötus (fötale Syphilis), Hämophilie etc. Unter „Germinale Therapie“ berührt Verf. die ehelichen Fragen, die Gesundheit der Eltern post nuptias oder vor der Imprägnation, die Erbllichkeit etc. Schön ist eine Schlußbemerkung des Verfassers: „Suicide is not the answer to the sad riddle of inherited pathology, but individual cleanness of life and a trust in the tendency to return to health, which is also (and much more) an attribute of the germ plasm.“

Mit Wärme und Liebe behandelt Verf. sein Thema. In schöner Weise bringt er, oft geistvoll und genial, seine Meinungen hervor und wendet sich an die besten unter den Aerzten, die eine große Verantwortlichkeit haben. Sein schönes Werk darf allen Kollegen warm empfohlen werden.

Justus Barth (Christiania).

E. Maurel. *Hygiène alimentaire du nourrisson. Allaitement-sevrage.* (Paris, 1903. O. Doin. Fres. 4.)

Nach einigen kurzen einleitenden Kapiteln (hohe Säuglingsmortalität in Frankreich, ihre Ursachen) bespricht Verf. die Aetiologie der Gastroenteritis, als deren wesentlichste Ursache er die Ueberernährung ansieht. Die endogenen Darmbakterien werden pathogen unter dem Einfluß a) einer tatsächlichen Ueberernährung, b) einer relativen Ueberernährung, die bedingt wird durch ungenügende Funktion des Verdauungsapparates oder c) durch eine Verminderung der Ausgaben des Organismus unter dem Einfluß einer Erhöhung der umgebenden Temperatur.

Die Ausgaben des Organismus und dem entsprechend der Nahrungsbedarf hängt ab von dem Gewicht des Kindes und zwar nicht von dem reellen Gewicht, sondern von dem „normalen“ Gewicht, das in bestimmtem Verhältnis zur Körpergröße steht, und anderseits von der umgebenden Temperatur. Bei normalen Verhältnissen — Körpergewicht entsprechend der Körpergröße — wird der Nahrungsbedarf durch 100 g Frauen- oder Kuhmilch pro Kilo Kind gedeckt. Besonders betont Verf., daß die Temperaturdifferenzen den Nahrungsbedarf verändern, so daß zwischen Sommer und Winter Unterschiede von einem Drittel eintreten können, wenn auch Wohnung und Kleidung den Einfluß der Außentemperatur erheblich vermindern. Mit dieser Annahme würde die Zunahme der Darmerkrankungen im Sommer durch die von der Temperaturerhöhung abhängige relative Ueberernährung erklärt werden. Beweise für seine Anschauung bringt Verf. — außer einigen wenigen Tierversuchen — nicht, zitiert öfters französische Literatur, scheint die deutsche jedoch nicht zu kennen, außer den Vorträgen deutscher Autoren beim Pariser internationalen Kongreß. (Biedert wird stets Biedert genannt.)

In den Abschnitten, welche natürliche und künstliche Ernährung, Abstillen, Entwicklung des gesunden Kindes betreffen, bringt Verf. nur das allgemein bekannte. Keller.

Loewe H. *Die Ernährung und die Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre.* (Leipzig 1903.)

Das 46 Seiten umfassende Büchlein ist dazu bestimmt, in Leipzig an die Mütter während der Schwangerschaft verteilt zu werden, um diesen als Wegweiser für die richtige Pflege des zu erwartenden Sprößlings zu dienen. Es enthält in allgemein verständlicher Darstellung die wichtigsten Bestimmungen über die Ernährung des Kindes an der Mutterbrust, sowie über entsprechende Verhaltensmaßregeln bei künstlicher Ernährung, bringt weiterhin einen Ueberblick über zweckentsprechende Pflege während der Zahnung und der Entwöhnung und endlich kurze Notizen über die Wartung des kranken Kindes. Möge das Werkchen seinen Zweck, Belehrung und Aufklärung in Sachen der Kindespflege bei der Bevölkerung zu verbreiten, in reichem Maße erfüllen.

Br ü n i n g (Leipzig).

INHALT. Originalmitteilungen. *Escherich.* Die Behandlung der Nabelhernien der Kinder mittelst Paraffinpelotte 181. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Zangemeister und Meissl.* Untersuchungen über mütterliches und foetales Blut 185. — *Langer.* Isoagglutinine 186. — *Eckley.* Anatomische und physiologische Vergleiche zwischen Kindern und Erwachsenen 186. — *Perret.* Frühgeborene 186. — *Herzheimer.* Experimentelle Lungentuberkulose 187. — *Meyer.* Aronsons Antistreptokokkenserum 187. — *Wischnowitz.* Eisentherapie 188. — *Teich.* Impfschutzverband 188. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Variot.* Unverträglichkeit der Muttermilch 188. — *Sharples und Darling.* Veränderungen der Frauenmilch 189. — *Connors.* Modifikation der Milch im

Hause 189. — *Brown*. Sterilisierte, pasteurisierte oder rohe Milch? 189. — *Townsend*. Herstellung des Rahms 189. — *Grósz*. Ernährung mit Székely'scher Milch 190. — *Springer*. Wachstum und Lecithin 190. — *Morse*. Säuglingsdiarrhöe 190. — *Edsall*. Rezidivierendes Erbrechen 191. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Hand.* Statistik der Kinderkrankheiten 191. — *Kluge*. Prophylaxe der Tuberkulose 191. — *Hoffa*. Gelenkstuberkulose 192. — *Cuthrie*. Tuberkulöse Peritonitis 192. — *Delcourt*. Otitis, tuberkulöse Meningitis 192. — *Nobécourt* und *Voisin*. Kleinhirntuberkel 193. — *Schalek*. Hereditäre Lues 193. — *Longfellow*. Diphtheriediagnose 193. — *Rocaz*. Adenoiditis diphtherica 193. — *Aubertin*. *Sharp*. Diphtheritische Lähmung 193, 194. — *Escherich*. Serumbehandlung des Scharlachs 195. — *Weaver*. Bakteriologische Studien bei Scharlach 196. — *Grober*. *Machold*. Masern 196, 197. — *Koplik*. New-Yorker med. Akadem. Typhus 197. — *Heim*. Pathogenität des *Bacillus proteus vulgaris* 197. — *Weber*. Chronische Gelenkerkrankung 198. — *Gillet*. Influenza 198. — *Kuhn*. Erythema nodosum 198. — *Stanley*. Asthma 199. — *Southworth*. Akutes Lungendörm 199. — *Carr*. Pneumonie 199. — *Jennings*. Temperaturkurve bei Pneumonie 200. — *Nobécourt* und *Voisin*. Lumbalpunktion bei bronchopneumonischen Infektionen 200. — *Friedjung*. Hysterie 200. — *Darby*. Enuresis 200. — *Hudocering*. *Huber*. Chorea 200, 201. — *Smith*. *Colton*. Krämpfe 201. — *Schöpf*. Infantile Paranoia 202. — *Heinemann*. Psychosen und Sprachstörungen 202. — *Linser*. Infantile Tabes und hereditäre Lues 204. — *Schick*. Hypertrophia cerebri 204. — *Gordon*. Amyotrophische Lateralsklerose 205. — *Muls*. Pseudohypertrophische Paralyse 205. — *Delherm* und *Laignel-Lavastiné*. Meningitis serosa 205. — *Moussus* und *Rocaz*. Meningitis cerebrospinalis 205. — *Courclaire*. Blutungen im Zentralnervensystem 206. — *Hamill*. Sinusthrombose und Hirnblutung 206. — *Savariand*. Lähmungen bei Humerusfraktur 206. — *Gardner*. *Beardsley*. *Shaw*. Pylorusstenose 207. — *Kuligo*. Angeborene Dünndarmstenosen 207. — *Lorthioir*. Blasenektomie 208. — *v. Haelst* und *Vercauteren*. Lungenhernie 209. — *Nathan*. Empyembehandlung 209. — *Boutillier*. Aortenaneurysma 210. — *Vaughan*. Einklemmter Bruch 210. — *Strong*. Angeborene Nierentumoren 210. — *Stübinger*. Angeborene Geschwülste 210. — *Hewetson*. *Fothergill*. Angeborener Kropf 210, 211. — *Vicarelli*. Schädeldepressionen 212. — *Sherman*. Angeborener Schlüsselbeindefekt 212. — *Armann*. Klumpfuß 212. — *Lovett*. Plattfuß 212. — *Smith*. Angeborene Hüftgelenksluxation 213. — *Friderici*. Subphrenischer Abszeß 213. — *Cotter*. *Renault*. Retropharyngealabszeß 213. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.** *Friedjung*. Säuglingssterblichkeit 214. — *Kerr*. Sommersterblichkeit 214. — *Rotch*. Unterricht in der Kinderheilkunde 214. — **Berichte.** XIII. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte. 215. — Sektion Turin der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. 216. — Sektion Rom 218. — IV. Jahresversammlung des allgemeinen deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. 227. — **Besprechungen.** *Ballantyne*. Manual of antenatal pathology and hygiene 232. — *Maurel*. Hygiène alimentaire du nourrisson 234. — *Loewe*. Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre 235.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

August.

Band II. Nr. 5.

Aus der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig.

Ueber das Vorkommen der tuberkulösen Meningitis im Säuglingsalter.

Von Dr. Martin Hohlfeld, Assistenzarzt.

Auf der Naturforscher-Versammlung in Karlsbad stellte Schloßmann-Dresden in der Abteilung für Kinderheilkunde in seinem Vortrage „Ueber Tuberkulose im frühen Kindesalter“ die Behauptung auf, daß die tuberkulöse Meningitis und die Tuberkulose des Gehirnes überhaupt bei Säuglingen eine Ausnahme bilden.

Da nur Seitz-München dieser Behauptung widersprach, möchte ich ihr an der Hand des großen Sektionsmaterials des Leipziger Kinderkrankenhauses entgegenreten. Ich habe die Sektionsresultate der Jahre 1897—1901 inkl. in der folgenden Tabelle zusammengefaßt und in Kürze das Wesentliche aus den Protokollen über die in diesem Zeitraume seziierten 8 Fälle von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter angefügt.

Alter	Zahl der Seziierten	Davon Tuberkulöse	Unter diesen Tuberkulose der Meningen	
1.— 2. Monat	348	—	—	—
3.— 5. Monat	254	15	5 ⁹ / ₁₀	—
6.—12. Monat	319	40	12 ⁵ / ₁₀	8*) 20 ⁰ / ₁₀
2. Jahr	215	60	27 ⁹ / ₁₀	13 21 ⁶ / ₁₀
3. Jahr	107	30	28 ⁰ / ₁₀	7 23 ³ / ₁₀
4.— 6. Jahr	113	51	45 ¹ / ₁₀	15 29 ⁴ / ₁₀
7.—15. Jahr	114	55	48 ² / ₁₀	11 20 ⁰ / ₁₀

*) 1. E. Hellmut, 6 Monate, sez. 17. Februar 1897.

Meningitis basilaris tbc. Tuberkulose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Miliartuberkulose der Lunge, Milz, Leber und Nieren.

2. Sch. Ernst, 7 Monate, sez. 27. Juni 1899.

Meningitis bas. tbc. (starkes sulziges Oedem, zahlreiche Tuberkel). Verkäsung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Ausgedehnte Miliartuberkulose der Lunge. Frische Miliartuberkulose der Milz, Leber und Nieren. Einzelne ringförmige Geschwüre im Duodenum und Jejunum.

3. R. Margarete, 8 Monate, sez. 3. Juli 1899.

Meningitis basilaris tbc. Tuberkulose der Hals- und Bronchialdrüsen. Miliartuberkulose der Lunge, Milz und Leber. Vereinzelte tuberkulöse Geschwüre im Dünndarm.

4. L. Paul, 9 Monate, sez. 28. April 1899.

Meningitis basilaris tbc. Tuberculosis cutis. Spina ventosa digiti II. sin. Tuberkulose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen.

5. St. Walter, 9 Monate, sez. 31. Mai 1898.

Meningitis basilaris tbc. (sehr starkes Oedem). Verkäste Tuberkel in Pia und Hirnrinde. Hochgradige Bronchialdrüsenverkäsung. Käsiges Drüse in der Adventitia der Pulmonalis im Herzbeutel. Käsiges Peribronchitis im linken Oberlappen der Lunge. Adhäsive Pleuritis daselbst. Tuberkulöse Infarkte im Myokard. Kugelthrombus von käsigem Aussehen im rechten Ventrikel. Tuberkulose der unteren Zwerchfellfläche, der Milz und Leber (perlsuchtähnlich). Stauungsniere mit spärlichen Tuberkeln. Gereinigte Geschwüre im Dünn- und Dickdarm. Verkäsung der Mesenterialdrüsen.

6. R. Martha, 9 Monate, sez. 24. Jänner 1899.

Meningitis basilaris tbc. Tuberkulose der Hals- und Bronchialdrüsen. Tuberkel in beiden Lungen und in der Pleura der Rippen und des Zwerchfells rechterseits. Stauungsleber mit subkapsulären Tuberkeln.

7. B. Bruno, 9 Monate, sez. 25. Mai 1899.

Meningitis convexitatis tbc. Tuberkulose der Hals-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Disseminierte Lungentuberkulose. Tuberkel in Milz, Leber und Nieren.

8. B. Hermann, 12 Monate, sez. 4. April 1900.

Meningitis basilaris tbc. Tuberkulose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Käsiges Pneumonie und Miliartuberkulose in allen Lungenpartien. Vereinzelte miliare Tuberkel in Milz, Leber und Nieren. Tuberkulöse Geschwüre im Dünn- und Dickdarm.

Also kann die Behauptung Schloßmanns nach unseren Erfahrungen nur für die ersten 5 Lebensmonate gelten, wo die Tuberkulose überhaupt nur selten auftritt. In den letzten 7 Monaten des 1. Lebensjahres dagegen differiert der prozentuale Anteil, den die Erkrankung der Meningen an Tuberkulose stellt, wenn man vom 4.—6. Jahre absieht, nur ganz unwesentlich gegen den der folgenden Lebensjahre.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Erwin Franck. *Temperaturmessung und Fiebergrenze.* (Therapeutische Monatshefte, Mai 1903, Seite 239.)

Der Autor zeigt durch Wiedergabe seiner Erfahrungen, daß die angeblich zur Zeit fast ausschließlich angewendete Temperaturmessung in der Achselhöhle den Anforderungen der auf jedem Gebiete fortgeschrittenen Diagnostik und Therapie nicht mehr ent-

spricht, weil sie ungenau und zeitraubend ist (15 Minuten). Alleinigen Wert besitzen die Rektaltemperaturen. Die Differenz mit den anderen kann $\frac{11}{10}$ Grad betragen. Mundhöhlenmessung ist unsicher, anstrengend und lästig. Franck läßt die Patienten den desinfizierten und eingefetteten Thermometer meist selbst einführen. Bei Frauen ist er in entsprechenden Fällen für Scheidenmessung. Bei kleineren Kindern ist Aftermessung selbstverständlich. Verf. resumiert den Inhalt seiner Arbeit:

1. Die Temperaturmessung in der Achselhöhle ist zeitraubend und liefert nur annähernde, d. h. unsichere Werte.

2. Der praktische Arzt soll sich daran gewöhnen, fast ausschließlich die Mastdarmmessung auszuführen; sie gibt in kürzester Zeit die genauesten Werte.

3. Die Grenze zwischen „fieberhaft“ und „fieberfrei“ liegt, im Mastdarm gemessen, bei 37.4° .

4. Jeder $\frac{1}{10}$ Grad über 37.4 (rektal gemessen) ist als Fieber anzusehen und demgemäß zu behandeln. Zuppinger (Wien).

Schlesinger. *Untersuchungen über die Abhängigkeit der autolytischen Prozesse von physiologischen und pathologischen Verhältnissen.* (Hofmeisters Beiträge zur physiol. u. pathol. Chemie.)

Verf. wählte die Leber als Organ, an dem er die Größe der autolytischen Funktion prüfte. Maßgebend für dieselbe war die Zunahme der nicht durch Hitze koagulablen stickstoffhaltigen Stoffe.

Unter physiologischen Verhältnissen ist die Größe der Autolyse insofern von dem Alter abhängig, als sie bei Neugeborenen (Kaninchen) maximal ist und im zweiten Lebensmonat rasch abnimmt, um dann ziemlich konstant zu bleiben. Das proteolytische Ferment verhält sich also merkwürdigerweise entgegengesetzt dem oxydativen Leberferment, das nach Pfaundler (bei Säuglingen) im ersten Halbjahre schwach entwickelt ist, um später an Wirksamkeit stark zuzunehmen.

Unter pathologischen Verhältnissen ist das autolytische Ferment mehr oder weniger geschädigt, am meisten bei Ernährungsstörungen. Je hochgradiger beim Säugling die Atrophie ist, um so geringer die Wirkung der Autolyse. Jedoch läßt sich, wiederum im Gegensatz zu dem oxydativen Ferment Pfaunders, ein Handinhandgehen, ein Parallelismus zwischen der anatomischen Läsion der Leber und der Schädigung des autolytischen Fermentes nicht konstatieren.

Steinitz (Breslau).

M. v. Pirquet und B. Schick. *Zur Theorie der Inkubationszeit.* (Wiener klin. Wochenschr., 1903, Nr. 26.)

Zur Beurteilung der Frage berücksichtigten die Autoren einerseits die Erscheinungen nach Injektion von nicht vermehrungsfähigen Substanzen tierischer und bakterieller Abkunft, andererseits von vermehrungsfähigen Infektionserregern (Vaccination, Ueberstehen von Blattern, Masern, Rückfallfieber), endlich nach kombinierter oder

abwechselnder Einführung von lebenden Bakterien und ihren Stoffwechselprodukten (Erscheinungen bei der Immunisierung von Pferden mit Streptokokken, Erfahrungen mit Tuberkulin, Mallein und löslichen Produkten anderer Bakterien).

Zu den bekannten Vorgängen kommt die neue Tatsache hinzu, daß dem Organismus für längere Zeit die Fähigkeit bleibt, bei nochmaliger Einwirkung der pathogenen Substanz mit Krankheitserscheinungen zu antworten (artfremdes Serum beim Menschen, Vaccination, Streptokokkenimmunisierung der Pferde und Tuberkulin-Malleininjektionen), bezw. den ganzen Prozeß in kurzer Zeit durchzumachen (bei den übrigen der angeführten Erfahrungsebenen).

Es ergeben sich folgende Schlüsse: Die Vorstellung, die Inkubationszeit beruhe darauf, daß der Erreger oder seine Produkte bei einer bestimmten Reizschwelle die Krankheitserscheinungen auslösen, ist unrichtig. Die pathogene Substanz hat an sich keine unmittelbar krankmachende Wirkung, sondern die Symptome treten auf, wenn eine durch Reaktionsprodukte des Organismus bewirkte Veränderung der pathogenen Substanz einen gewissen Grad erreicht hat. Das Intervall zwischen der Einführung der pathogenen Substanz und diesem Zeitpunkte ist das Inkubationsstadium.

Bei wiederholter Einführung treten die Krankheitserscheinungen früher ein, weil dieser Grad der Veränderung schneller erreicht wird. Die Reaktion bei vermehrungsfähiger Substanz (Infektion) fällt umso schwächer, bei nicht vermehrungsfähiger umso stärker aus, je früher sie in Erscheinung tritt. Diese Eigenschaft, auf Einführung einer pathogenen Substanz rascher zu reagieren, kann mit dem Serum eines Organismus, welcher die betreffende Erkrankung bereits durchgemacht hat, auf einen noch nicht behandelten Organismus experimentell übertragen werden. Neurath (Wien).

Spiridonoff. Nedensky. *La moelle osseuse comme moyen de traitement.* (Thèse de Lausanne.)

Verf. bespricht die Arbeiten, welche sich seit 1894 mit der therapeutischen Verwendung des Knochenmarkes und seiner physiologischen Wirkung beschäftigen, und bringt einige Daten zur Chemie des Knochenmarkes:

Die angewendete Behandlungsmethode bestand in der Darreichung frischen Knochenmarkes. Es wird rotes Knochenmark junger Kälber mit etwas Wasser verrieben, um den Saft zu extrahieren, welchen man dann zu lauwarmer Milch bezw. Suppe hinzusetzt. Die kleinen Patienten nehmen täglich zwei Dessertlöffel des mit Wasser verriebenen Knochenmarkes, einen mittags und einen abends. Älteren Kindern kann man zwei Suppenlöffel täglich geben.

In dieser Weise dargereicht, wird das Knochenmark von den Kranken ohne Widerstreben genommen. In keinem Falle wurde das Mittel zurückgewiesen, auch niemals nach Darreichung desselben Verdauungsstörungen beobachtet. Es ist von Vorteil, sich des

Knochenmarkes des Kalbes, speziell des jungen Kalbes zu bedienen, weil sich im roten Mark reichlich rote Blutzellen finden und dieses das wesentliche blutbildende Organ darstellt. Indessen ist auch das Knochenmark des Ochsen, des Hammels, des Schweines und des Kaninchens mit gleichem Erfolge anwendbar.

Auch die Knoll'schen Drüsenpräparate sind speziell auf dem Lande verwendbar, wo oft kein Schlachthaus oder das Mark von zweifelhafter Frische ist, ebenso für sehr empfindliche Personen, welche das Fett nicht vertragen.

Verf. ist der Ansicht, daß das mit dem Mark aufgenommene Eisen viel leichter assimiliert wird als in jeder anderen Form, glaubt jedoch nicht, daß diese minimale Eisenmenge den Gesamtgehalt des Knochenmarkes an belebenden (vivifiant) Substanzen repräsentiert. Es scheint, daß das Knochenmark mehr durch seine hämatopoëtische Funktion, als durch die belebende Substanz wirkt, denn wir konnten beobachten, daß nach Darreichung von Knochenmark die zelligen Elemente des Blutes viel rascher zunahmen als das Hämoglobin und Eisen.

Aus der Arbeit ergeben sich folgende Schlußsätze:

1. Das Knochenmark ist eines der besten Mittel für die Behandlung der Rhachitis, der Anämie, Bronchopneumonie, Pneumonie und Bronchialdrüsentuberkulose.

2. Es wirkt durch seine die Blutbildung anregende Funktion sowie durch seinen Eisen- und Phosphorgehalt.

3. Seine Wirkung variiert je nach der Art des Markes und dem Alter des Tieres. Je röter das Mark und je jünger das Tier ist, von welchem es stammt, desto größer ist die Wirksamkeit.

4. Das beste Präparat ist jenes, welches von jungen Kälbern stammt.

5. Die beste Darreichungsweise ist die Einführung frischen Knochenmarkes per os.

Burnens (Lausanne).

Rosenau. *Bacteriological Impurities of Vaccine Virus.* (Bakteriologische Verunreinigungen der Vaccine.) (Bull. Nr. 12, Hygienic Laboratory, Marine Hosp. Service, U. S.)

Proben der Elfenbein-Impfspitzen sowie der Glycerin-Vaccine in Glasröhrchen ergaben gelegentlich bis zu 30.000 und mehr Keime; die ersteren hatten durchschnittlich 4354, die letzteren 1742. Eiterkokken wurden mehrmals gefunden, Tetanusbazillen jedoch in keinem Falle.

Die Glycerinlymphe scheint gelegentlich zu früh in den Handel zu geraten, bevor die ganze keimtötende Fähigkeit des Glycerins zur Geltung kommt. Diese muß aber nicht zu hoch angeschlagen werden, denn zur absoluten Vernichtung der Bakterien kommt es nie, obgleich viele Proben sehr günstig ausfielen. Bei dieser Zubereitung sterben Tetanusbazillen nur sehr langsam ab. Vorsicht ist daher in Anbetracht verschiedener Unglücksfälle dringend geboten

Wachenheim (New-York).

Wahrer. *The Study of Pediatrics. (Das Studium der Kinderheilkunde.)* Journ. Amer. Med. Ass. 6. Juni 1903.

Wachenheim (New-York).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Cook. *Development and Care of Children. (Das Wachstum und die Pflege der Kinder.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 6. Juni 1903.)

Wachenheim (New-York).

Becker. *Lebensalter der Kinder beim Eintritt in die Volksschule.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 25, S. 1076.)

Nach den früheren bayrischen Schulverordnungen war es möglich, daß in Landschulen, in welchen das Schuljahr mit dem Sommersemester begann, schon Kinder mit einem Alter von 5 Jahren 4 Monaten ab, in Stadtschulen von 5 Jahren 9 Monaten ab aufgenommen werden konnten. Dadurch entstanden sowohl für Kinder als Lehrer zahlreiche Unzuträglichkeiten und Schädigungen. Auf die Anregung der bayrischen Aerztekammer wurde diese Vorschrift so geändert, daß nunmehr Kinder, welche mit Beginn des Schuljahres das 6. Jahr zurückgelegt haben und geistig und körperlich genügend entwickelt sind, aufgenommen werden. Doch ist die Kreisregierung befugt, zu erlauben, daß auch solche Kinder, welche das 6. Jahr noch vor Ablauf des Kalenderjahres oder innerhalb eines kürzeren Zeitabschnittes vollenden, unter der Voraussetzung genügender körperlicher und geistiger Entwicklung aufgenommen werden können. Gegen diese letztere Bestimmung wendet sich der Verfasser.

Camerer (Stuttgart).

Nicolas Stepanoff. *Taille et Poids des enfants des Ecoles de Lausanne.* (Thèse de Lausanne.)

Seit dem Jahre 1886 hat Herr L. Roux, gewesener Direktor der Unterrichtsanstalten, jedem Schüler eine anthropometrische Karte gegeben, auf welcher ihre jährlich gemessene Körperlänge verzeichnet wurde. Im Jahre 1897 hat Combe Karten eingeführt, in denen auch das Körpergewicht, der Brustumfang etc. verzeichnet wurden. Wir verfügen im ganzen über 10.860 Messungen der Körperlänge bei Knaben und 11.553 bei Mädchen, ferner seit 1897 über 3405 Wägungen von Knaben und 4261 von Mädchen.

Nach dem Beispiel von Roux haben wir die Angaben nach den Monaten der Geburt gruppiert und auf diese Weise die Durchschnittswerte der Körperlänge und des Körpergewichtes nach Monaten ermittelt, außerdem berechneten wir die Durchschnittswerte nach Jahren und stellten den Unterschied fest, der in dieser Hinsicht zwischen den beiden Geschlechtern besteht.

Körperlänge und Körpergewicht bei Knaben im Durchschnitt:

Knaben										
Alter in Jahren	Körperlänge				Körpergewicht				Längenzunahme	Gewichtszunahme
	Zahl der Untersuchungen	Durchschnitts- wert	Maximum	Minimum	Zahl der Untersuchungen	Durchschnitts- wert	Maximum	Minimum		
6—7	369	112·7	128	99	310	19·9	27	15	2·9	1·4
7—8	1668	115·6	135	99	705	21·3	30	16	4·7	1·7
8—9	1828	120·3	141	102	707	23·0	32	16	4·7	2·1
9—10	1765	125·2	147	105	663	25·1	35	18	4·4	1·9
10—11	1561	129·6	146	102	497	27·0	37	19	3·9	2·2
11—12	1308	133·5	152	104	327	29·2	41	20	4·1	2·5
12—13	1058	137·6	161	106	164	31·7	43	22	4·5	2·1
13—14	782	142·1	164	109	52	33·8	45	24	4·6	—
14—15	424	146·7	173	112	—	—	—	—	4·1	—
15—16	98	150·8	175	122	—	—	—	—	—	—

Körperlänge und Körpergewicht bei Mädchen im Durchschnitt:

Mädchen										
Alter in Jahren	Körperlänge				Körpergewicht				Längenzunahme	Gewichtszunahme
	Zahl der Untersuchungen	Durchschnitts- wert	Maximum	Minimum	Zahl der Untersuchungen	Durchschnitts- wert	Maximum	Minimum		
6—7	409	112·0	125	94	360	19·2	27	14	2·8	1·6
7—8	1686	114·8	133	94	766	20·8	28	15	4·9	1·9
8—9	1836	119·7	146	98	812	22·7	33	16	4·7	1·9
9—10	1756	124·4	147	101	736	24·6	34	16	4·8	2·7
10—11	1623	129·2	153	107	613	27·3	38	19	5·0	2·5
11—12	1483	134·2	160	110	472	29·8	43	19	5·8	3·7
12—13	1133	140·0	165	113	328	32·5	50	21	4·8	4·0
13—14	908	144·8	168	117	141	37·5	53	22	4·1	3·8
14—15	539	148·9	166	120	33	41·3	54	28	2·3	—
15—16	99	151·2	170	130	—	—	—	—	—	—

Aus den mitgeteilten Ergebnissen lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

1. Die monatliche Wachstumszunahme der Knaben ist bis zum 15. Jahre eine regelmäßige, beiden Mädchen bis zum 12. Jahre.

2. Die monatliche Zunahme des Körpergewichtes ist bei den Knaben bis zum 12. Jahre eine regelmäßige, bei den Mädchen bis zum 11. Lebensjahre.

3. Die Kurven der Jahresmittel zeigen, daß bis zum 11. Jahre Körperlänge und Körpergewicht bei Mädchen kleiner sind als bei Knaben, nach diesem Alter sind die Mädchen größer und schwerer als die Knaben, u. zw. bis zum 17. Lebensjahre. Mit dem 18. Jahre werden Körperlänge und Körpergewicht wieder bei den Mädchen kleiner als bei den Knaben.

4. Die Zeit der Geburt übt in dem Sinne einen Einfluß aus, daß die in der wärmeren Jahreszeit geborenen Knaben und Mädchen größer und schwerer sind als die während der kälteren Monate geborenen.

5. Die Schulkinder von Lausanne sind hinsichtlich der Körperlänge und des Körpergewichtes denen von Turin und Brüssel überlegen.

6. Hinsichtlich der Beziehungen zwischen Zunahme der Körperlänge und des Körpergewichtes muß zugegeben werden, daß es nicht gelungen ist, auch nur das Geringste zur Aufklärung dieser Frage beizutragen.

(Selbstbericht.)

Sobel. *A Consideration of the common contagious skin diseases observed in the Children in the Public Schools. (Eine Betrachtung der gewöhnlichen Hautkrankheiten bei den Kindern der öffentlichen Schulen.)* (Amer. Therapist, März 1903.)

Verf. gibt Uebersicht der Diagnose resp. Therapie von Pedikulo-
lose, Impetigo contagiosa, Trichophytosis capitis (hier recht häufig), Favus (nur unter eingewanderten Russen und Polen), Skabies und Molluscum contagiosum.

Wachenheim (New-York).

Ernährung und Stoffwechsel.

P. Bar. *Intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 13.)

Unter Hinweis auf eine von Budin in seinem Werke „Le Nourrisson“ gemachte Mitteilung, nach welcher ein Säugling die Mutter- und Ammenmilch durchaus nicht vertrug, so daß zur Ernährung mit Kuhmilch geschritten werden mußte, schildert Bar in eingehender Weise die Krankengeschichte eines von gesunden Eltern stammenden Erstgeborenen, der ebenfalls eine Idiosynkrasie gegen Menschenmilch besaß. Vom fünften Lebens-tage an mußte wegen an der mütterlichen Brustwarze auftretender Schrunden neben der Brust maternisierte Kuhmilch gereicht werden. Vom

siebenten Lebenstage an bemerkten die Eltern nach jedem Trinken, daß das Kind unruhig und sein Gesichtchen vorübergehend auffallend blaß wurde; gleichzeitig wurden die Stühle des Kleinen hackrig und wenig blutig. Nachdem das Kind einige Tage lang Eselinmilch erhalten hatte, wurde es, da die Schrunden an der Brust der Mutter inzwischen verheilt waren, wieder von dieser gestillt; die Entleerungen jedoch blieben dyspeptisch. Trotz Verordnung von Pepsin nahm das Kind langsam, aber stetig an Gewicht ab und alle Zeichen einer typischen Gastroenteritis stellten sich ein. Eine Untersuchung der Muttermilch hatte befriedigendes Ergebnis. Am 53. Lebenstage trat hohes Fieber auf und der Zustand des Kindes wurde äußerst bedenklich. Hieran änderte auch der Umstand nichts, daß drei anscheinend vorzügliche Ammen zur Ernährung des Kindes herangezogen wurden. Ja, es kam sogar so weit, daß subkutane Kochsalzinfusionen nötig wurden, durch welche der Kleine sich ein wenig erholte. Jetzt entschloß sich Bar zur Verabreichung von Eselinmilch, welche besser vertragen und nach und nach mit sterilisierter Kuhmilch vertauscht wurde; inzwischen hatte er jedoch nochmals vergeblich einen Versuch mit einer vierten Amme gemacht. Weiterhin ist das Kind gut gediehen; mit einem Jahr betrug sein Körpergewicht 10.065 g; Verdauungsstörungen traten nicht mehr auf. Bar nimmt an, daß Idiosynkrasie nicht nur gegen die Muttermilch, sondern gegen Menschenmilch überhaupt die Ursache dieses eigenartigen Krankheitsbildes gewesen ist. Im Gegensatz hierzu steht ein Fall, der ebenfalls von Bar ausführlich mitgeteilt wird und ein kleines Mädchen betraf, welches die Kuhmilch nicht vertragen konnte; es litt an denselben Störungen wie das vorhin erwähnte Brustkind; doch gelang es auch hier, durch Verabreichung von Eselinmilch die Gefahr zu beseitigen.

Brüning (Leipzig).

Graham. *Modification of Milk for Infant Feeding.* (Modifikation der Milch für die Säuglingsernährung.) (Amer. Medicine, 6. Juni 1903.)

Verf. wiederholt die bekannten Anschauungen und Tabellen.

Wachenheim (New-York).

Mastin. *Infant Feeding.* (Die Ernährung der Säuglinge.) (Journ. Amer. Med. Ass., 20. Juni 1903.)

Boot. *The Pathology of Summer Diarrhoeas of Children.* (Pathologie der Sommerdiarrhöen der Kinder.) (Ibid., 13. Juni 1903.)

Cotton. *Infant digestive Disturbance.* (Die Verdauungsstörungen der Säuglinge.) (Ibid.)

Snyder. *Suggestions for Reducing the Prevalence of Summer Diarrhoea in Infants.* (Ratschläge für die Verminderung der Frequenz der Sommerdiarrhöe bei Säuglingen.) (Ibid.)

Tuley. *Everyday Problems in Infant Feeding.* (Alltägliche Fragen bei der Ernährung der Säuglinge.) (Ibid.)

Mc. Alister. *Infant Feeding.* (Die Ernährung der Säuglinge.) (Ibid.)

Nach Boot ist der Shiga-Bazillus der gewöhnlichste Erreger der Sommerdiarrhöe bei Kindern, seltener der Streptokokkus. Snyder befürwortet fleissige Milch-, resp. Molkereiaufsicht sowie Belehrung der ärmeren Volksschichten durch amtliche Schriften. Tuley empfiehlt die relative Vermehrung der Proteide in einer minderwertigen Brustmilch durch Entfernung der ersten Portion mit der Brustpumpe; außerdem dringt er auf fortgesetzte Laktation während einer vorhandenen Mastitis suppurativa.

Wachenheim (New-York).

Davis. *Observations on Breast Feeding from the Obstetricians Point of View.* (Bemerkungen über das Stillen vom Standpunkte des Geburtshelfers.) (Journ. Amer. Med. Ass., 20. Juni 1903.)

Wachenheim (New-York).

Hamill. *A. Review of Some of the older Writings on Infant Feeding.* (Ein Ueberblick auf die ältere Literatur der Säuglingsernährung.) (Amer. Journ. of the Med. Sciences, Mai 1903.)

Die sehr zeitgemäße und interessante Mitteilung ist zum Referate nicht gut geeignet.

Wachenheim (New-York).

de Rothschild M. H. *Troubles digestifs provoqués par l'excès en beurre du lait de la nourrice.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 12.)

In dieser kurzen, in der Pariser geburtshilflichen Gesellschaft gemachten Mitteilung berichtet Verf. über zwei bemerkenswerte Fälle von Verdauungsstörungen bei Brustkindern, welche auf zu reichen Fettgehalt der Ammenmilch zurückgeführt werden mußten. Die genaue Untersuchung der beiden Milchproben ergab einen Fettgehalt von 8.86 und 5.65%; die Verdauungsstörungen bei dem ersteren achtmonatlichen Kinde verschwanden erst bei Verabreichung von sterilisierter Kuhmilch; bei dem zweiten vier Monate alten Säugling gelang es, durch kurze Brustmahlzeiten und abwechselnd durch Verabreichung der Flasche die Beschwerden zu beseitigen. Verf. glaubt in solchen Fällen und namentlich bei Kindern, die entwöhnt werden sollen, die künstliche Ernährung der Muttermilch vorziehen zu müssen.

Brüning (Leipzig).

Victor Grelley. *L'alimentation artificielle des nourrissons et le scorbut infantile.* (Thèse de Paris, 1903. C. Naud.)

Ohne eigene Untersuchungen oder Beobachtungen zu bringen, stellt Verf. die neuere — im wesentlichen französische — Literatur über Barlow'sche Krankheit zusammen, welche er auf Stoffwechselstörungen infolge verminderter Phosphoresorption zurückführt. Durch Hitze werden einerseits organische Phosphorverbindungen zerstört, andererseits wird die Löslichkeit organischer und anorganischer Phosphorverbindungen, welche durch Anwesenheit von löslichen Zitraten begünstigt wird, vermindert. Unter dem Einfluß der Hitze bildet sich aus löslichen Zitraten ein wenig wasserlösliches dreibasisches Kalksalz.

Keller.

Rudolf Fischl. *Die Ernährung des Säuglings in gesunden und kranken Tagen.* (Stuttgart, 1903. Ferdinand Enke. Mk. 2.80.)

Sechs populäre Vorträge, als volkstümlicher Hochschulkurs gehalten an der Prager deutschen Universität, in welchen Verf. die Lehre von der Säuglingsernährung in der für diesen Zweck geeigneten Form zur Darstellung bringt.

Keller.

Armand Carel. *Le lait stérilisé. Résultats obtenus par son emploi au moment, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel chez les nourrissons de la classe ouvrière à Paris.* (Paris, G. Steinheil.)

Das in der umfangreichen (202 Seiten) Arbeit vorgelegte Material stammt aus der „Consultation de nourrissons des dispen-

saies de la caisse des écoles du VII^e arrondissement“, über deren Betrieb und Organisation eine Reihe interessanter Einzelheiten mitgeteilt werden. In der Konsultation wird industriell sterilisierte Milch zu reduziertem Preise oder an besonders Bedürftige gratis verteilt. Um die mit sterilisierter Milch erzielten Erfolge zu demonstrieren, teilt Verf. in Tabellenform 373 Fälle mit, welche mindestens drei Monate (zum Teil sehr lange Zeit, bis zu 2 $\frac{1}{2}$, 3, 4 und 5 Jahren) in Beobachtung waren und sterilisierte Milch erhielten, und zieht zum Vergleich 210 Fälle heran, welche auch mindestens drei Monate in Beobachtung waren, jedoch gewöhnliche Milch erhielten. Bemerkenswert ist, daß unter den Kindern nur sehr wenige sind, welche von den ersten Lebenstagen an künstlich ernährt und dabei beobachtet wurden. So groß das vorgelegte Material ist, so hat es doch verhältnismäßig geringen Wert. Es ist nicht gut möglich, die genauen Krankengeschichten so vieler Kinder vorzulegen, aber die kurzen Notizen, welche in der Arbeit mitgeteilt werden, reichen nicht aus, um dem Leser ein objektives Urteil über die Ernährungserfolge im einzelnen Falle zu gestatten, und der Verf. ist von vornherein für die sterilisierte Milch eingenommen. Andererseits ist das Vergleichsmaterial, welches der Verf. zur Kontrolle heranzieht, nicht geeignet. Die Kinder, welche nichtsterilisierte Milch erhielten, entstammen zwar demselben sozialen Milieu, leben unter denselben Existenzbedingungen, erhalten in der „Consultation“ dieselben allgemeinen Ernährungsvorschriften wie die anderen. Aber sie werden unregelmäßiger gebracht, weil die Mütter weiter entfernt wohnen, sind daher also weniger sorgfältig ärztlich überwacht als die anderen, welche mindestens einmal in der Woche vorgestellt werden müssen. Vor allem jedoch wird die sterilisierte Milch ständig kontrolliert und ist — ganz abgesehen von der Sterilisation — gewiß eine reine Kuhmilch, während die gewöhnliche Milch, die zur Ernährung der anderen Kinder verwendet wird, irgend einem Milchgeschäft entnommen wird. Ueber die Reinheit und Beschaffenheit dieser Milch fehlt jede Kontrolle. Wollte man tatsächlich Kontrolluntersuchungen anstellen, so müßte in geeigneten Fällen — an Mütter, die nicht weitab wohnen — rohe oder einfach gekochte Milch derselben Provenienz abgegeben werden. So wie es jetzt ist, handelt es sich nicht um den Gegensatz: setrilisierte — nichtsterilisierte Milch, sondern: gute Kindermilch — unkontrollierte gewöhnliche Marktmilch.

Die Tatsache, daß unter den 373 mit sterilisierter Milch ernährten Kindern kein einziger Fall von Barlow'scher Krankheit beobachtet wurde, erklärt Verf. nach Marfan damit, daß die Milch nach einer guten Methode sterilisiert und rasch konsumiert wird.

Keller.

Charles Laisney. *De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes.* (Thèse de Paris, 1903. C. Naud.)

Verf. geht von der Tatsache aus, daß von allen Prozeduren, um die Milchsekretion bei der Frau anzuregen oder zu steigern, nur

die eine praktischen Nutzen hat: das wiederholte Anlegen des Kindes — eventuell eines fremden, kräftig saugenden Kindes — an die Brust. Wird diese Maßregel konsequent durchgeführt, so gelingt es fast bei allen Frauen, mit wenigen Ausnahmen, die Milchsekretion nach der Entbindung anzuregen und sie wieder in Gang zu bringen, wenn die Frauen einige Zeit aufgehört haben zu stillen. Außerdem ist die Milchproduktion in hohem Grade steigerungsfähig, so daß sie auch für Zwillinge genügend Nahrung bietet, und daß andererseits bei bestehender Mastitis oder Brustdrüsenabszeß die Milchproduktion einer Brust für das Kind ausreichend wird.

Außer einigen bereits von Budin und Quillier (siehe Referat S. 468, Bd. I) mitgeteilten Fällen werden einige weitere Beobachtungen publiziert.

Im Schlußkapitel „Anatomie, Histologie und Physiologie der Brustdrüse“ nichts Neues.

Keller.

Cohnheim und Soetbeer. *Die Magensaftsekretion des Neugeborenen.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. XXXVII.)

Um Kenntnis von dem Verhalten der Magensaftsekretion der Neugeborenen zu erhalten, haben die Verfasser die Pawlow'sche Operationsmethode — Oesophagotomie event. mit Magenfistel — bei jungen Hunden angewendet. Ihre damit erhaltenen, außerordentlich interessanten Resultate sind kurz folgende: Viertägige, ja selbst eintägige Hunde sezernieren auf Scheinfütterung bereits einen „psychischen Magensaft“, der sicher freie Salzsäure enthält. Es ist somit der Beweis geliefert, daß die Erregung der Magensaftsekretion von den Rezeptionsorganen des Kopfes aus nicht durch Erfahrung erlernt werden muß, sondern ein angeborener Reflex ist.

Die Verfasser stehen mit ihrem positiven Befunde von Magensaft bei Neugeborenen auf dem entgegengesetzten Standpunkte wie Gmelin, der bei ganz jungen Hunden freie Salzsäure stets vermißt, allerdings auch keine so exakte Methode wie sie angewendet hatte.

Steinitz (Breslau).

Mathieu Colombani. *Essai d'étude sur les accidents de la suralimentation.* (Thèse de Paris, 1903. Jules Rousset.)

Nach einer allgemeinen Einleitung, in welcher der normale Nahrungsbedarf des Menschen unter physiologischen Verhältnissen besprochen wird, wendet sich Verf. zu der Ueberernährung. Er unterscheidet nach dem Vorgange Maurels, dessen Versuche an Kaninchen (siehe Referat S. 234) breit zitiert werden, Suralimentation und Surnutrition. Während die erstere eine Ueberlastung des Verdauungsapparates darstellt, kommt eine Surnutrition zustande, wenn mehr Nahrungsstoffe, als der Organismus braucht, in den Kreislauf aufgenommen werden. Die Suralimentation kann absolut oder relativ sein, absolut, wenn die Nahrungsquantität die Leistung normaler Verdauungsorgane überschreitet, relativ, wenn die Leistung der Organe herabgesetzt ist. Partielle Ueberernährung kommt durch

Überlastung des Verdauungsapparates mit einzelnen Nahrungsstoffen (Eiweiß, Fett oder Kohlehydrate) zustande.

Folgen der Surnutrition sind die verschiedenen Diathesen (Gicht, Diabetes, Obesitas), während aus der Suralimentation Störungen der Magendarmfunktionen, der Leber, der Nieren, des Zentralnervensystems, Dermatosen resultieren.

Einzelne Krankenbeobachtungen, zumeist an Erwachsenen von fremden Autoren, darunter wenige persönliche, welche Kinder betreffen, werden angeführt.

Keller.

Sommerfeld. *Ueber Ausnützung von Roborat (vegetabilischem Eiweiß) bei Kindern.* (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. XXXVI.)

Stoffwechselsversuche an 2 Kindern von 2 $\frac{1}{2}$, resp. 8 Jahren. Bestimmt wurde N und P der Ein- und Ausfuhr.

Irgend welche Schlußfolgerungen vermag der Leser aus den Versuchen nicht abzuleiten.

Steinitz (Breslau).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Hektoen. *Anatomical Study of a Short-limbed Dwarf, with Special Reference to Osteogenesis imperfecta and Chondrodystrophia foetalis.* (Anatomische Studie eines kurzgliedrigen Zwerges, mit speziellem Nachreife auf Osteogenesis imperfecta und Chondrodystrophia foetalis.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Mai 1903.)

Der betreffende Zwerg war angeblich 45 Jahre alt, Körperlänge 95 cm, obere Extremitäten 48, resp. 49 cm lang, untere nur 36, resp. 37 cm. Alle inneren Organe kleiner als normal. In der stark atrophischen Schilddrüse fehlte Jod fast gänzlich, Hypophysis cerebri normal.

Am Schädel befanden sich 172 Worm'sche Knochen, ohne allgemeine Deformität, das Gesichtsskelett jedoch merklich verkürzt. Die Knochen der unteren Extremität waren besonders mangelhaft entwickelt, stark verbogen und verkürzt, und bröcklig; ähnliche Wachstumsstörungen nicht ganz so hohen Grades am übrigen Skelett konstatiert.

Ursache der Chondrodystrophia foetalis ist unbekannt; der vorliegende Fall ist nach des Verfassers Ansicht eine Kombination dieser Erkrankung mit Osteogenesis imperfecta. In Bezug auf das Verhältnis dieser Läsionen (sogenannte fötale Rhachitis) zur wahren Rhachitis verhält sich Verf. ziemlich zurückhaltend, gibt aber zu, daß eine postnatale Rhachitis zum Bilde beigetragen haben möchte, da die Epiphysen speziell schwere Veränderungen zeigten. Der Schilddrüsenbefund scheint auf Beziehungen zum Kretinismus hinzuweisen, mit Osteomalacie hat der Prozeß nur oberflächliche Ähnlichkeit.

Wachenheim (New-York).

Norbert Swoboda. *Ein Fall von chondrodystrophischem Zwergwuchs (Achondroplasie).* (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

Beschreibung eines 10 Jahre alten Mädchens mit typischer Achondroplasie und summarischer Ueberblick über die Symptomatologie des Falles.

Neurath (Wien).

Variot. *Étude radiographique du squelette d'une fille de 13 ans atteinte d'une variété spéciale d'achondroplasie sans dystrophie crânienne.* (Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 4, Seite 150.)

Weigert (Breslau).

Paul Lindemann. *Ueber Osteogenesis imperfecta.* (Inaug.-Dissert. Berlin, 1903.)

Das Kind, dessen Knochenerkrankung der Verf. in dieser Dissertation bearbeitet hat, lebte noch 13 Tage nach der Geburt, die normal verlief. Es war 44 cm lang und zeigte einen Kopfumfang von 31 cm. Besonders auffallend war der starke Panniculus adiposus, der sich vor allem am Halse zeigte; die Extremitäten waren auffallend kurz, der linke Fuß war ein Klumpfuß. Die Schädelknochen zeigten Pergamentknittern, Arme und Beine schlotterten und an einzelnen Stellen konnte man Krepitation fühlen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Knochen bediente sich Verf. der von Hildebrand angegebenen Methode. Ein Schnitt durch das untere Humerusende zeigte Anlagen der Knochenkerne. Als pathologisch erschien nur eine geringe Breite der Proliferationszone des Knorpels; die Zellsäulenbildung war nach der Peripherie hin gut entwickelt. Die provisorische Verkalkung fehlte vollständig. Die Frakturstellen zeigten starke Kallusbildung. Der Kallus wurde sowohl vom Periost, als auch metaplastisch vom Knorpel und neoplastisch gebildet. Als charakteristische Veränderung fand sich in diesem Falle eine mangelhafte Ossifikation. Neben der von vornherein mangelhaften Anlage der Knochenbalken zeigte sich eine gesteigerte Resorption; die Osteoblasten wurden nicht regelrecht gebildet; die Osteoklasten waren vermehrt. Das Knochenmark war überall dort, wo keine Frakturstellen waren, reich an lymphoiden Stellen, in der Nähe der Frakturstellen zellarm, fibrös; hier überragen Riesenzellen. Durch Anhäufung von kleinzelligen Infiltrationen wurde die Substantia compacta an vielen Stellen unterbrochen. Diese Zellanhäufungen stellen schwache Stellen dar, an denen bei Bewegungen des Kindes in utero Frakturen entstehen können. Diese Störung des Zellwachstums glaubt Verf. auf infektiöse Prozesse unbekannter Natur zurückführen zu müssen. Am Ende seiner Dissertation bespricht der Autor noch die differentiellen Momente, und zwar in klarer und sehr übersichtlicher Weise, so daß es zweifellos erscheint, daß dieses Krankheitsbild weder mit Lues, noch mit Rhachitis oder mit der Chondrodystrophia foet. etwas zu tun hat.

Lissauer (Berlin).

Rudolf Neurath. *Ueber ein bisher nicht gewürdigtes Symptom der Rhachitis.* (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 23.)

Meist bei Rhachitikern des ersten Lebensjahres, bei schwererer Erkrankung auch später, konnte Autor ein in der Literatur kaum erwähntes Symptom, eine spindelförmige Schwellung aller Fingerphalangen finden, die den Fingerkonturen ein perlenschnurartiges Aussehen verleiht. Die dorsale Fläche pflegt stärker betroffen zu sein. Seltener findet sich eine schlanke spielkegelartige Formveränderung der Finger. Auf Grund von Radiogrammen lassen sich die Verdickungen auf kalklose periostitische Auflagerungen beziehen, die im Röntgen-Bilde keinen Schatten werfen. (Autoreferat.)

Latour. *Un cas de Scorbut.* (La Polyclinique 1903, Nr. 12.)

Latour berichtet über einen Fall von Skorbut bei einem achtjährigen Kinde. Beginn im Jahre 1901. Fungöse Gingivitis, Zahnfleisch leicht blutend, mäßige schmerzhaftes Schwellung der Knöchelgegend. Schwere interkurrierende Bronchopneumonie, keine Blutergüsse im Unterhautzellgewebe, in den Muskeln oder im subperiostalen Gewebe. Gegen Ende der Erkrankung zahlreiche harte, schmerzhaftes, erbsengroße Knoten im Unterhautzellgewebe. Tod an Kachexie am 11. Februar. Latour weist darauf hin, daß nach den Angaben von Barlow die subperiostalen Läsionen bei Kindern von acht bis zwölf Jahren minimal sind, während das Zahnfleisch in besonders intensiver Weise betroffen erscheint.

Hendrix (Brüssel).

A. Delcourt. *Un cas de maladie de Barlow.* (Journ. méd. de Bruxelles 1903, Nr. 10.)

Der infantile Skorbut ist in Belgien sehr selten. Es wurde bisher erst eine einzige Beobachtung vor einigen Jahren veröffentlicht, vielleicht aus dem Grunde, weil die Erkrankung häufig verkannt wird. Es handelt sich um ein 11 Monate altes Kind, in den ersten drei Lebensmonaten Muttermilch, später Kuhmilch mit Zusatz von Nährmehlen. Seit zwei Wochen hat das Kind Beschwerden beim Gehen, es besteht Speichelfluß, ferner Zahnfleischblutungen. Das Kind jammerte fortwährend, die Beine schienen geschwollen zu sein.

Bei der Untersuchung fanden sich Zeichen von Rhachitis, Eiphyperschwellung, weite Fontanellen, Flecken an den unteren Extremitäten. Subperiostales Hämatom an der Crista des linken Schienbeines, desgleichen am Oberarmknochen. Die Glieder unbeweglich, wie gelähmt. Das Zahnfleisch schwammig, leicht blutend. Das Blut enthält im Kubikzentimeter 3,900.000 rote und 11.000 weiße Blutkörperchen.

Behandlung: Zitronensaft, Kartoffelpurée und ungekochte Milch. Heilung in 20 Tagen.

Hendrix (Brüssel).

Guinon. *A propos de la paraplégie douloureuse des nourrissons. Un cas de maladie de Barlow.* (Bull. de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 4, Seite 162.)

Weigert (Breslau).

Guinon et Laurent. *Un cas de scorbut infantile.* (Bullet. de la Société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 4, Seite 164.)

Weigert (Breslau).

Nauwelaers. *Les manifestations de l'arthritisme chez les enfants. Les vomissements cycliques et la fièvre arthritique.* (La clinique 1903, Nr. 18.)

Die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen des Arthritismus im Kindesalter sind:

1. Vonseite des Nervensystems: Kopfschmerzen, periodisch oder paroxystisch, Gehirnexzitation, Eklampsie, Pseudomeningitis.

2. Vonseite des Verdauungstraktes: Erbrechen zyklischer oder periodischer Natur, Enteritis muco-membranosa, Bildung von Darmsteinen.

3. Vonseite der Harnwege: Nieren- und Blasensteine, Albuminurie, Glykosurie, Hämaturie, Harnbeschwerden, Blasenkrampf.

4. Vonseite der Atmungsorgane: Spastische Koryza, Nasenbluten, Laryngitis spastica, asthmaartige Anfälle.

5. Vonseite des Zirkulationsapparates: Herzklopfen, Tachykardie, Herzarrhythmie, Zeichen von Herzhypertrophie.

6. Vonseite der Haut: Hyperhidrosis, pruriginöse und lichenoid Eruptionen, Schübe von Ekzem.

Der Verfasser beschäftigt sich insbesondere mit dem zyklischen oder periodischen Erbrechen und berichtet über zwei Fälle. Bei einem siebenjährigen Kinde traten drei Serien von Brechanfällen von mehrtägiger Dauer mit Kopfschmerz und Fieber von 40° im Laufe einiger Monate auf. Der zweite Fall betrifft ein vierjähriges Kind mit zwei Anfällen gleicher Art, die in einem Intervall von drei Wochen auftraten.

Der Autor vermag nur schwer die Unterscheidung zwischen zyklischem Erbrechen und fieberhaftem Gastrizismus, deren Symptome bis auf kleine Unterschiede identisch sind, durchzuführen, erklärt auch nicht, warum diese Störungen mit arthritischer Diathese zusammenhängen sollen.

Er berichtet ferner über einen Fall von pseudo-intermittierendem Fieber arthritischer Natur bei einem vierjährigen Kinde, wo entgegen den analogen Fällen von Comby das Chinin die täglichen Anfälle, die einen Monat hindurch aufgetreten waren, zu beseitigen vermochte.

Die arthritische Natur dieser Erkrankung stützt sich nur auf eine analoge Beobachtung von Comby, ein achtjähriges Kind betreffend, welches während eines solchen Fiebers von einem typischen Gichtanfall betroffen wurde.

Hendrix (Brüssel).

Th. Frölich. *Studien über den Diabetes mellitus im Kindesalter.* (Videnskabs selskabet skrifter. I. Matematisk-naturvidenskabelig Klasse, 1903, Nr. 1, Christiania. 139 Seiten.)

Nach einer einleitenden Uebersicht über die Besonderheiten des kindlichen Diabetes in ätiologischer und prognostischer Beziehung bespricht Verf. seine eigenen Untersuchungen, fünf Kinder im Alter von 2 bis 14 Jahren betreffend, die in der pädiatrischen Universitätsklinik zu Christiania behandelt sind. Verf. hat in der Klinik die Glykosurie, den N-Stoffwechsel, die Darmresorption, das gegenseitige Verhalten des Harnstoff-N und des Ammoniak-N unter verschiedener Ernährung untersucht und nach der Entlassung des Patienten wird durch wöchentliche und tägliche Harnuntersuchungen die Entwicklung der Krankheit bis an den Tod verfolgt. Die Untersuchungen sind in 16 Tabellen dargestellt.

Von den vielen Beobachtungen kann hier nur notiert werden, daß Verf. bei zwei Patienten trotz einer genügenden Diät ein

N-Deficit gefunden hat, bei dem einen in einer Periode, wo die Glykosurie groß war, bei dem anderen in den letzten Tagen vor dem Tode (Koma). Die Darmresorption war bei allen Patienten eine gute, sowohl das Eiweiß wie das Fett betreffend. Die große Ammoniakausscheidung wurde nicht immer von einer entsprechenden Verminderung des Harnstoff-N begleitet, indem die Summe von Harnstoff-N und Ammon-N mehrmals gegen 98% des Total-N betrug.

Eine große Acetonurie war immer von einer großen Ammoniakausscheidung begleitet; der Ammon-N stieg bei einem Patienten kurz vor dem Tode trotz einer großen Natronzufuhr (30 g p. d.) bis 42.9% des Total-N; gleichzeitig war die Acetonurie groß (bis 6.81 g p. d.) und es wurde bis 52.5 g Oxybuttersäure ausgeschieden.

Verf. hat mehrere Untersuchungen über die Wirkung der Alkalibehandlung angestellt. So ist es gelungen, bei drei Patienten leichtere Anfälle von Koma durch eine ausgiebige Alkalizufuhr zu überwinden; im vorgerückten Stadium der Krankheit aber war die Alkalibehandlung ohne Nutzen. (Bei einem Patienten war der Harn trotz 100 g Natr. bic. p. d. sauer.)

Von den fünf Patienten sind vier im typischen Coma diabeticum gestorben, der fünfte wurde entlassen, nachdem er ein Koma durchgemacht hatte; sein weiteres Schicksal ist nicht bekannt.

Bei drei Patienten (2, 3, resp. 12 Jahre alt) ist Sektion ausgeführt; bei allen wurde das Pankreas normal gefunden; auch sonst keine Anomalien, besonders keine Tuberkulose.

Verf. gibt zum Schlusse eine Uebersicht über die Behandlung des kindlichen Diabetes und rekapituliert die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Alkalibehandlung. Betreffs der vielen Details muß im Original nachgesehen werden.

Autoreferat.

Olinto de Oliveira. *Dois casos de septicemia cryptogenetica.* (Brazil med., pag. 91.)

Ein 8jähriges Mädchen wurde in sehr schwerem Zustande in das Charité-Krankenhaus von Porto Allegre aufgenommen. Die Anamnese war unzureichend, die klinischen Symptome dunkel und das Kind starb, bevor eine Diagnose gestellt werden konnte. Bei der Autopsie fand man eine eitrige Peritonitis mit eitriger Infiltration der Leber, der Milz etc. Aus dem Eiter und Herzblut wurde ein sehr virulenter *Staphylococcus aureus* gezüchtet. Einige Tage später erkrankte der kleine, 19 Monate alte Bruder der Patientin unter schweren Allgemeinsymptomen und Bildung kleiner Abszesse in der Leber, den Lungen, der Haut etc. Auch dieser Patient starb nach einigen Tagen und es ergab auch hier die bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Staphylokokken. Der Verf. bespricht die Symptome und Pathogenese der beiden Fälle, erörtert die Hauptpunkte, insbesondere die Frage der Kontagion.

Autoreferat.

Morse. *Relation of Chronic Enlargement of the Spleen to Anaemia in Infancy.* (Das Verhältnis der chronischen Milzvergrößerung zur Anämie im Säuglingsalter.) (Boston Med. and Surg. Journ., 28. Mai 1903.)

Das normale Blut des Säuglings bietet gegenüber dem des Erwachsenen bedeutende Verschiedenheiten. Bei den Leukocyten sind die polynukleären Neutrophilen nur halb so zahlreich, die mononukleären um das Dreifache vermehrt, letztere nicht nur Lymphocyten, sondern äußerst mannigfaltig in Größe und Kern.

Splenomegalie kommt bei allen Bluterkrankungen der Säuglinge vor. Bei nicht so schweren Anämien treten schon kernhaltige Erythrocyten und Leukocytose auf. In Bezug auf die letztere ist der gewöhnliche Typus der polynukleären Neutrophilie nicht konstant, vielmehr bemerkt man öfter Lymphocytose, resp. Eosinophilie. Markzellen lassen sich ebenfalls bei ganz gutartigen Anämien nachweisen, sogar in beträchtlicher Anzahl. Es sei noch hinzuzufügen, daß Splenomegalie sich leicht bei den verschiedensten chronischen Krankheiten des Säuglingsalters ausbildet, wo sie im höheren Alter fehlt.

Die sogenannte Anaemia splenica infantum und die Anaemia infantum pseudoleukaemica sind nicht zu trennen. In dieser Bluterkrankheit finden wir Vergrößerung der Leber, Milz und Lymphdrüsen, Oligocythämie, verhältnismäßig stärkere Oligochromämie, Poikilocytose, Blastocytose und eine polymorphe Leukocytose.

22 Fälle sind eingehend studiert, davon endigten 9 letal. Unter den genannten Phänomenen bestand nicht das geringste Größenverhältnis, es bestand z. B. enorme Milzvergrößerung bei sehr mäßigen Blutveränderungen, dann wiederum Blastocytose bei 5,000.000 Erythrocyten.

Aetiologisch waren chronische Magendarmstörungen in allen Fällen vorhanden, Rachitis in 20 Fällen, hereditäre Lues in 2. Man kann demnach die Causa morbi kurz als Ernährungsfehler auffassen, sie fällt mit der gewöhnlichen sekundären Anämie zusammen; wir haben es schließlich mit der infantilen Abart der Anaemia simplex zu tun. Die Ausdrücke Anaemia splenica infantum resp. Anaemia infantum pseudoleukaemica sollten als Krankheits-einheiten ganz wegfallen.

Die Prognose ist, wie angedeutet, nicht ungünstig; der Blutbefund, namentlich die Zahl der roten Blutkörperchen ist in dieser Richtung der beste Fingerzeig; der Grad der Splenomegalie ist von geringer Bedeutung, der Milztumor kann sehr schnell sich zurückbilden.

Wachenheim (New-York).

Raïssa Efron. *Ueber angeborene idiopathische Herzhypertrophie.* Inaugural-Dissertation Zürich 1903.

Zwei Fälle von hochgradiger idiopathischer Herzhypertrophie als Beitrag zu der spärlichen Kasuistik der angeborenen Herzhypertrophie bei einem halbjährigen und einem einjährigen Kinde.

Die für eine Diagnose dieser seltenen Erkrankung wichtigen Momente sind auf Grund dieser zwei Beobachtungen folgende:

1. Schon in frühester Zeit des Lebens ist hochgradige Herzhypertrophie nachweisbar, und zwar in Gestalt einer Vorwölbung der linken Thoraxhälfte (Herzbuckel oder Voussure).

2. Statt eines deutlichen Spitzenstoßes bestehen flächenhafte Herzbewegungen in der ganzen Ausdehnung der verbreiterten Herzdämpfung, welche links und rechts vom Sternum bis hinauf zum zweiten Interkostalraum sichtbar sind.

3. Die Abwesenheit von Geräuschen spricht gegen eine Klappenaffektion, gegen eine Erkrankung der großen Gefäße und gegen abnorme Kommunikationen — offenes Septum oder Ductus Botalli. Es kann aber auch, wie im zweiten Falle, ein lautes systolisches Geräusch vorhanden sein, wodurch die Diagnose irregeleitet wird.

4. In beiden Fällen bestand eine Kompression des linken Bronchus durch das hypertrophische Herz, welche sich im ersten Falle durch gedämpft tympanitischen Schall und abgeschwächtes Atemgeräusch, im zweiten Falle durch völlige Kompression (Atelektase) der linken Lunge, welche eine abgelaufene Pneumonie mit Schwartenbildung vortäuschte, kundgab.

5. Hochgradige Stauungserscheinungen, wie Oedeme oder Ergüsse in die Körperhöhlen waren nicht vorhanden; ebenso fehlte die ausgesprochene Cyanose, wie sie angeborenen Herzfehlern, speziell der Pulmonalstenose, eigentümlich ist.

In beiden Fällen ergab die Sektion ein sehr großes, in allen Teilen gleichmäßig hypertrophisches Herz ohne die geringsten Veränderungen am Klappenapparat oder an den Ostien. Papillarmuskeln, Endo- und Epikard zeigten ganz normale Verhältnisse. Die Muskulatur beider Herzhälften war von durchaus guter, kräftiger Beschaffenheit, zeigte absolut keine Erscheinungen von Degeneration, weder fettiger noch anderer Art. Auch die histologische Untersuchung des Herzens ergab nichts Pathologisches. Verglichen mit den seinerzeit von Tetulle vorgenommenen Messungen der Muskelfasergröße gleichalteriger normaler Herzen ergab sich durch genaue Messungen der Muskelfaser-Querdurchmesser des hypertrophischen Herzens eine Verbreiterung der Herzmuskelfaser bis auf das Doppelte der Norm. Hieraus schließt Verfasser, daß die Muskelfasern des betreffenden Herzens wirklich eine wahre Volumzunahme erfahren haben.

Wieland (Basel).

Gutkind. *Sektionsresultat eines Falles von angeborenem Herzfehler.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 17, S. 741.)

Bei einem 6jährigen Kinde war auf Grund eines systolischen Geräusches und von Cyanose, Erscheinungen, die seit dem dritten Lebensjahre beobachtet wurden, die Diagnose auf angeborenen Herzfehler gestellt worden. Die Sektion ergab ein offenes Foramen ovale, Fehlen der Arteria pulmonalis. Die Aorta entsprang aus beiden Ventrikeln gemeinsam und hatte normale Anzahl der Klappen. Die

Mitral- und Trikuspidalklappen waren ebenfalls normal. Abzweigung der Pulmonalarterien von der Aorta wurde nicht gefunden.

Camerer (Stuttgart).

Blum. *Etiology of Endocarditis in Children.* (*Ätiologie der Endokarditis bei Kindern.*) (Arch. Pediat., Mai 1903.)

Wachenheim (New-York).

Karl Todt. *Akute gelbe Leberatrophie im kindlichen Lebensalter.* (Inaug.-Dissert., Berlin 1903.)

Dieser Dissertation liegt die Krankengeschichte eines 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchens zugrunde. An dem bis dahin gesund gewesenem Kinde traten allmählich die Symptome eines schweren Ikterus auf, der mit Erbrechen, Appetitlosigkeit und heftigen Leibschmerzen einherging. Dieser Zustand bestand drei Wochen, dann wurde das Kind benommen, machte unwillkürliche Bewegungen und verweigerte die Nahrung. In diesem Zustande wurde es auf die Heubner'sche Klinik aufgenommen. Hier wurde an dem stark abgemagerten Kinde außer den gewöhnlichen Zeichen des Ikterus festgestellt, daß die Leber nicht vergrößert war. Aus dem durch Katheterisation gewonnenen Urin wuchsen auf Agar große, gelbgrüne und kleine durchsichtige, grüne, leicht schillernde Kolonien, die sich als runde oder leichtovale Diplokokken mittlerer Größe herausstellten. Die vorgenommene chemische Untersuchung ergab 0.01262 Schwefelsäure in Form von Aetherschwefelsäure, Leucin und Tyrosin war nicht zu finden. Einen Tag nach der Aufnahme starb das Kind. Bei der Sektion fanden sich Hämorrhagien in der Kopfschwarte, am Perikard, am Magen und retropharyngeal, ferner Fettmetamorphose des Herzens und der Nieren. Die Leber ist verkleinert, schlaff und opakgelb und zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine starke Fetteinlagerung und Bindegewebsentwicklung, besonders in der Umgebung der portalen Gefäße. Nirgends finden sich intakte Acini; an Stelle der Leberzellen zeigen sich reichlich Detritusmassen und Bindegewebe. Wo sie noch vorhanden sind, zeigen sie alle Stadien der fettigen Degeneration. Im Darm erscheinen die Peyer'schen Plaques geschwollen; die Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms, besonders im unteren Teil stärker geschwollen. — Das Gehirn ist ödematös. Ob die an der Leiche gefundenen Darmstörungen auf einen vorangegangenen Darinkatarrh — trotz der Anamnese — hindeuten, von dem dann ein septischer Prozeß ausgegangen ist, der zur gelben Leberatrophie geführt hat, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Im Anschlusse an diesen Fall und die in der Literatur veröffentlichten Fälle wird das Krankheitsbild ausführlich geschildert.

Lissauer (Berlin).

Burckhardt. *Ueber paroxysmale Hämoglobinurie.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 5.)

Bei einem der Krankengeschichte nach typischen Falle von paroxysmaler Hämoglobinurie hatte Verf. Gelegenheit, eine Reihe von Untersuchungen anzustellen, die sich mit der Klärung folgender vier aus der bisherigen Literatur sich ergebenden Fragen beschäftigten:

1. Ist Hämoglobinämie nachweisbar, ist sie primär und welche Symptome erklärt sie?

2. Bestehen sichere vasomotorische Einflüsse?

3. Wirkt die Kälte auslösend und wie wirkt sie?

4. Ist eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Blutes zu konstatieren?

ad 1. Es gelang dem Verf. der präzise Nachweis einer dem Anfälle vorausgehenden Hämoglobinämie.

ad 2. Für eine positive Beantwortung dieser Frage spricht die bei dem Patienten beobachtete symmetrische Gangrän der Ohren.

ad 3. Kälteeinwirkung auf die Hautoberfläche ruft Hämoglobinämie mit darauffolgender Hämoglobinurie hervor.

ad 4. Es handelt sich einmal vermutlich um eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen (in vitro zeigen die des Anfallsblutes eine etwas geringere Resistenz gegenüber experimentellen Schädigungen, als die des normalen Blutes); andererseits scheint das Serum des Anfallsblutes eine größere hämolytische Kraft zu besitzen als das der anfallsfreien Zeit. Die hierhergehörigen Versuche sind nicht abgeschlossen.

Freund (Breslau).

Max Geldern. *Ein Fall von Dysthyreosis unter Behandlung mit Schilddrüsen-Präparaten.* (Inaug.-Dissert., Freiburg i. Br. 1902.)

Nach einigen kurzen theoretischen Bemerkungen über die Physiologie der Schilddrüsenfunktion unter Berücksichtigung der Arbeiten und Experimente von Munk, v. Eiselsberg, Schiff, Murray, Baumann, Fraenkel, Oswald u. a. gibt Verf. einen Ueberblick über die Entwicklung der Schilddrüsentherapie und die verschiedenen Indikationen für ihre Anwendung. Der Behandlung zugänglich erscheinen in erster Linie Fälle von Myxödem der Erwachsenen, von operativem Myxödem (Cachexia strumipriva), sowie von sporadischem Kretinismus; weniger geeignet Fälle von endemischem Kretinismus (Neumann, Hertoghe, Naunyn, Scholz etc.). Die Wirkung der Therapie wird beeinflußt außer durch den Grad der Erkrankung durch die seit Beginn derselben verflossene Zeitdauer sowie das Alter des Patienten.

Daran anschließend geht Verf. etwas näher auf die Differentialdiagnose zwischen Idiotismus, Zwergwuchs, Kretinismus und ihre Beziehung zu Störungen der Schilddrüsenfunktion ein. Auch die kretinistischen Sprach- und Gelenkstörungen, sowie die endemische Taubstummheit werden besprochen.

Die „gutartige Schilddrüsenchwäche“ Hertoghes wird durch Thyreoidin etc. günstig beeinflußt und nach Murray sollte eine Schilddrüsentherapie bei allen in der Entwicklung zurückgebliebenen Kindern wenigstens versuchsweise angewendet werden.

Nach Mitteilung über zwei einschlägige Fälle Quinckes, welche durch Thyraden, resp. Jodothyryn erheblich gebessert wurden, berichtet Verf. über einen analogen, im Freiburger Kinderspital zur Beobachtung gekommenen Fall.

Pat. W. E. aus Kandern ist der Sohn eines Trinkers. Zwei Jahre alt, wurde er im Oktober 1900 ins Spital gebracht. Körperlich und geistig für sein Alter schlecht entwickelt. Gesichtsausdruck stupid, kretinartig. Thyreoides scheint zu fehlen. Pat. spricht nicht, kann weder stehen noch gehen. Schreit fast anhaltend. Sehr unsauber. Zeigt nur für das Essen Interesse.

Angeregt durch die Erfolge Quinckes wird im Dezember 1900 die Schilddrüsentherapie eingeleitet. Als erste Wirkung ist eine Besserung der körperlichen Entwicklung zu verzeichnen, erst späterhin auch ein erfreulicher Fortschritt in geistiger Beziehung.

Als Verf. den Knaben im Juni 1902 zum erstenmale sah, konnte er seit längerer Zeit allein umherlaufen, doch hatte der Gang etwas Watschelndes, Unbeholfenes. Gesichtsausdruck nicht sonderlich stupid; auffallend schmale Stirne, Appetit noch immer abnorm, doch zeigt Pat. jetzt auch Interesse für Spielsachen, vor allem bekundet er eine große Vorliebe für Musik. Er spricht nicht, doch sucht er durch Zeichen und unbestimmte Laute seinen Wünschen Ausdruck zu geben. Noch immer sehr unsauber.

Verf. gibt zu, daß das erzielte Resultat weit davon entfernt ist, ein ideales zu sein. Immerhin ist der Erfolg ein derartiger, daß Verf. glaubt, ihn nicht nur auf Rechnung der günstigeren äußeren Verhältnisse setzen zu müssen. Einen Teil der Besserung möchte er entschieden der Wirkung der Schilddrüsenthherapie zuschreiben.

Dieses positive Resultat berechtigt ihn zu der Annahme, daß es sich in seinem Falle um Entwicklungshemmungen, bedingt durch Athyreoidismus oder besser Dysthyreosis, handelt.

In Bezug auf die Prognose seines Falles möchte sich Verf. nicht allzu optimistisch aussprechen.

Die zur Anwendung gekommenen Schilddrüsenpräparate waren: Zuerst Jodothylin, äußerer Umstände halber nur kurze Zeit, dann Thyraden-tabletten, im ganzen 50 Stück; zuletzt Thyreoidintabletten B. W. & Co., zirka 400 Stück (bis zum Abgang aus dem Spitale im Oktober 1902 zirka 500 Stück, D. R.). Sämtliche Präparate wurden gut und ohne Nebenwirkung vertragen.

Kachel (Freiburg).

Leubuscher. *Fragliche Todesursache im Säuglingsalter.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 23, S. 986.)

Ein sieben Tage altes, anscheinend normales Kind starb plötzlich. Die Sektion ergab beträchtliche Vergrößerung der Thymus (5 cm breit, 5.5 cm lang, 1 cm dick). Stauungserscheinungen in den Luftwegen fanden sich nicht. Verf. glaubt, daß die Thymushypertrophie wahrscheinlich die Todesursache gewesen ist.

Camerer (Stuttgart).

Diehl. *Ein Fall von reinem Blähbals.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 23, S. 996.)

Bei einem Knaben war nach starkem Pressen eine Anschwellung an der rechten Halsseite aufgetreten, die allmählich wieder verschwand, aber durch starkes Aufblasen willkürlich wieder erzeugt werden konnte. Es handelte sich um einen abgesackten Pneumothorax. Nach zehntägiger Schonung trat Heilung ein.

Camerer (Stuttgart).

E. Meynier. *Un caso di produzione sottolinguale.* (Ueber einen Fall von Produktion sottolinguale.) (Giorn. della R. Accad. med. di Torino Nr. 1, 1903.)

Nach Auseinandersetzung der zwei Theorien (der mechanischen und der Infektionstheorie) über Entstehung der sublingualen Geschwulst berichtet Verf. über den Fall eines zwölfmonatlichen Knaben, der mit sieben Monaten die unteren Schneidezähne ansetzte,

keinen Keuchhusten hatte und immer wohlauf war; Stillen lief ohne Schwierigkeit ab. Das bohrendicke Geschwür wurde entfernt; histologische Untersuchung zeigte eine Bindegewebsneubildung nebst Hypertrophie der papillären Schicht der Schleimhaut, welche nur im ulcerierten Teile ein granulomartiges Aussehen hatte; in diesem Teile wurden auch Kokken und an den Enden abgerundete Bazillen vorgefunden; Befund auf blastomyketische Formen negativ.

Hinsichtlich der Pathogenese schließt sich Verf. der Theorie Fedes an. Obwohl er das sublinguale Geschwür im Norden für selten hält, glaubt er dennoch, daß das nicht so sehr der Fall sei, als die verschiedenen Veröffentlichungen glauben ließen.

Dotti (Florenz).

Stillman. *Some Remarks on Sclerema neonatorum.* (Einige Bemerkungen über Sclerema neonatorum.) (Journ. Amer. Med. Ass., 25. April 1903.)

Übersicht der Literatur nebst kasuistischer Mitteilung. Verf. hält die Erkrankung für eine Autotoxikose vom Magendarmkanal, namentlich wegen des Anschlusses an chronische Magendarmkrankungen.

Wachenheim (New-York).

Volhard. *Ueber chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschlusse an kasuistische Mitteilungen.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 26, S. 1108.)

1. 14jähriger Knabe mit einem seit drei Jahren bestehenden Lymphangiom des rechten Oberschenkels, das teils einen kavernösen Eindruck macht, teils aus zahlreichen Lymphvaricen besteht. Therapie Gummistrumpf.

2. 17jähriger Knabe, der seit einigen Jahren allmähliche Abnahme der linken Gesichtshälfte bemerkt. Dieselbe tritt stark zurück, Ober- und Unterkiefer sind kleiner als rechts, die Haut ist nicht atrophisch, aber schlaffer und fettärmer als rechts. Es handelt sich um Hemiatrophie facialis progressiva.

3. 7jähriges Kind mit schwerem Myxödem. Nach mehrmonatlichem Gebrauche von Schilddrüsentabletten hat sich der körperliche und geistige Zustand außerordentlich gebessert.

4. 20jährige Person, bei welcher sich seit vier Jahren eine an der Fingerhaut beginnende, später auch auf Gesicht und Oberkörper übergehende, sehr hochgradige Sklerodermie entwickelt hatte. Behandlung mit Schilddrüsentabletten ohne Erfolg.

Camerer (Stuttgart).

M. Probst. *Zur Klinik und Anatomie fortschreitender Verblödungsprozesse im Kindesalter.* (Aus der n.-ö. Landes-Irrenanstalt in Wien. Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 25 und 26, Seite 1197.)

Eingehende klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles, der als einfacher Hydrocephalus in einem Wiener Krankenhaus in Behandlung stand und schließlich der Irrenanstalt übergeben wurde. Aus den hier erhobenen interessanten Ergebnissen sei das Nachfolgende hervorgehoben:

Es handelte sich um ein Krankheitsbild, das im 12. Lebensjahre einsetzte, beinahe 5 Jahre andauerte und fortschreitend zum Exitus führte. Das Mädchen war bis zum 12. Jahre völlig intelligent. Eltern und 8 Geschwister gesund. Keine Lues. Hereditäre Belastung zurücktretend (ein Onkel des Kindes in Irrenpflege). Die ersten Symptome bestanden in Intelligenz- und Gedächtnisdefekten und Reizbarkeit, dann trat Schlaflosigkeit und euphorische Verstimmung auf. Weiter Schwindelanfälle, kongestive Zustände und Uebelkeit, nach einem Jahre Paraparese der Beine und Sprachstörungen, das Kind vermochte nicht mehr zu lesen und zu schreiben.

Am Ende des ersten Jahres Pupillendifferenz und Steigerung der Patellarreflexe, Harn und Kot wurden unbewußt entleert, die Intelligenzdefekte nahmen rapid zu, das Kind verstand nichts mehr, zeigte Stimmungswechsel und Reizbarkeit, beständig unregelmäßigen, beschleunigten Puls. Die linke Pupille war lichtstarr und doppelt so groß wie die rechte, beiderseits Chorooiditis und eine Abblassung der Papille. Beständiges Zähneknirschen und Bewegungsdrang, Zunahme der Paraparese.

Im zweiten Jahre fortschreitende allgemeine Abmagerung und Muskelatrophie, vorübergehende Ptosis des linken Augenlides, Kontraktionen der Beine, Spasmen in den Masseteren und ungleiche Innervation der Gesichtshälften. Die psychischen Leistungen vollkommen verödet.

Im dritten Jahre Krampfanfälle im Nacken und der linken Oberextremität, später der ganzen linken Körperhälfte und im Gesicht, im vierten Jahre Atrophie der kleinen Handmuskeln und eine Herabsetzung der allgemeinen Sensibilität, im fünften beständige Zuckungen im Gesichte, Uebergang der Krampfanfälle von der linken auch auf die rechte Körperhälfte, Hilflosigkeit, Apathie und Abmagerung. Dazu traten konstante Nackensteifigkeit, konjugierte Ablenkung der Augen, Nystagmus horizontalis, der Kopf wurde nach links verdreht gehalten. Atrophie der Gesichtsmuskeln, Schluckbeschwerden, Kontrakturen aller Extremitäten nahmen zu, die Krampfanfälle häuften sich, schließlich Marasmus und Tod.

Pathologisch-anatomisch ergab sich eine fortschreitende Hirnrinden-Erkrankung. Die Windungen waren atrophisch, die Dura nur stellenweise verdickt, die Ventrikel nur wenig erweitert, keine Ependymgranulationen. Dagegen die Rindengefäße stark erweitert mit Verdickung des Endothels und Kernvermehrung, Schwund der Ganglienzellen in der Pyramidenschichte, der Tangentialfasern und der Markstrahlen. Der Sehhügel war kleiner und seine Ganglienzellen atrophisch. Im Kleinhirn keine Veränderung. Die Basalgefäße wenig verdickt, die Gefäße im Hirnstamm stark erweitert und gefüllt. Die Ganglienzellen im Okulomotorius- und Hypoglossuskern teilweise verändert. Keine Strangdegenerationen.

Probst faßt den vorliegenden Prozeß als progressive Paralyse auf, deren Vorkommen, Aetiologie und Klinik im Kindesalter er eingehend erörtert, was im Original nachzusehen ist.

Unger (Wien).

Augier et Lavrand. *Polype dermoïde de l'amygdale.* (Annal. de méd. et chir. infant 1903, Nr. 12.)

Die Verfasser entfernten mit der Schere bei einem 3½monatlichen Mädchen ein kirsch kerngroßes, gestieltes Dermoid der rechten Tonsille, welches sich seit der Geburt des Kindes durch Schluckbeschwerden, zeitweise auftretende Atemnot und Cyanose bemerkbar gemacht hatte. Im Anschlusse an die Schilderung des Falles gehen die Verfasser kurz auf die Aetiologie (meist angeboren!), Symptomatologie, Pathologie und Therapie derartiger Neubildungen ein.

Brüning (Leipzig).

Hyppolyt Chizunoff. *Beitrag zur Lehre von der Polyneuritis acuta ascendens im Kindesalter.* Inaug.-Dissertation, Zürich 1903.

Beschreibung zweier Fälle, welche letal endigten und von denen Nerven und Rückenmark zur mikroskopischen Untersuchung gelangten.

Beim ersten Falle — 8 Monate alter, kräftiger Knabe — trat im Anschlusse an 14tägige, hartnäckige Diarrhöe allmählich eine schmerzhaft Lähmung beider Beine ein. Die Patellarsehnenreflexe waren erloschen; die Sensibilität war anfangs erhalten, später herabgesetzt, links schließlich völlig aufgehoben. Der Tod erfolgte an interkurrenter Erkrankung — Perforationsperitonitis nach Appendicitis — nach 5 Jahren.

Beim zweiten Falle — 2jähriges Mädchen — trat ebenfalls im Anschlusse an hartnäckigen Darmkatarrh eine Schwäche beider Beine ein, die sich im Laufe weniger Tage zu totaler Lähmung steigerte. Dazu traten Parese des rechten Armes, Nackenstarre, vorübergehende Ptosis, Facialislähmung und Lähmung des linken Armes. Ohne Fieber und Störungen des Bewußtseins, ohne Erbrechen erfolgte plötzlich Exitus, anscheinend an Herzparalyse.

In beiden Fällen wurde auf Grund des vom akut einsetzenden gewöhnlichen Krankheitsbilde der Poliomyelitis acuta wesentlich abweichenden Krankheitsverlaufes die Diagnose auf Polyneuritis acuta ascendens gestellt.

Die Durchforschung des Rückenmarkes und der peripheren Nerven — N. ischiadicus und Sakralnerv — ergab insofern bei beiden Fällen gleiches Verhalten, als die Ganglienzellen der Vorderhörner, namentlich des Lendenmarkes, stark reduziert und körnig degeneriert waren (Fall I) oder aber nur die ersten Symptome einer beginnenden Entartung zeigten (Fall II).

Entsprechend zeigte auch der N. ischiadicus des ersten, längst abgelaufenen Falles neben parenchymatöser Degeneration starken Schwund und interstitielle Prozesse, während der N. sacralis des zweiten frischen Falles bloß leichte parenchymatöse Degeneration aufwies.

Die Veränderungen des Rückenmarkes werden in beiden Fällen als sekundäre, aufsteigende Degenerationen infolge primärer, peripherer Neuritis angesprochen.

Leider fehlt im zweiten Falle die Sektion des Gehirns, so daß die Möglichkeit eines primär encephalitischen Prozesses hier wohl nicht ganz von der Hand gewiesen werden kann.

Wieland (Basel).

Collins. *Clinical Report of nine Cases of Friedreich's Disease etc.* (Klinischer Bericht über neun Fälle Friedreich'scher Krankheit u. s. w.) (Amer. Medicine, 30. Mai 1903.)

Ein Fall folgte dem Typus der Hérédo-Ataxie cérébelleuse von Marie. Verf. will von einer Sonderstellung dieses Krankheitsbildes nichts wissen. Bei einem wurde die Krankheit von Fußschmerzen

eingeleitet, bei einem anderen traten die ersten Symptome nach dem 25. Lebensjahre auf.

Wachenheim (New-York).

Wollenberg. *Ein Fall von Vergiftung durch chloresaures Kali im Säuglingsalter.* (Archiv für Kinderheilkunde 1903, Heft III bis VI, Seite 351.)

Verf. berichtet über einen im Säuglingsheim zu Dresden beobachteten Fall von Vergiftung mit chloresaurem Kali, die durch Verwechslung zweier Flaschen zustande kam. Es handelt sich um ein 2½ Monate altes Kind, das nach Ansicht des Verfassers infolge der Ablaktation an Nephritis litt. Es trank im ganzen in einem Zeitraum von 18 Stunden anstatt Wildunger 30 g Gurgelwasser mit einem Gehalte von 1·0 g Kali chloricum. Es stellten sich darauf die typischen Symptome der Vergiftung ein: Enteritis, Nephritis, graubraune Verfärbung der Haut und der Schleimhäute, Vermehrung der weißen, Verminderung der roten Blutkörperchen. Die Behandlung bestand in Verabreichung von Ol. Ricini und Kochsalzeinlauf sowie in der Injektion von im ganzen 6 cm³ schwach alkalischer Kochsalzlösung. Am zweiten Tage der Erkrankung traten Krämpfe auf, dann erfolgte allmähliches Abklingen der Erscheinungen und nach 14 Tagen, von einer Cystitis abgesehen, vollkommene Wiederherstellung.

Weigert (Breslau).

Maximilian Schreiner. *Ueber den heutigen Stand der Keuchhustenbehandlung und über neuere Erfahrungen mit Oxykampfer und Citrophen.* (Therapeutische Monatshefte, Mai 1903, Seite 230, und Juni 1903, Seite 294.)

Nach Besprechung der Prophylaxis und allgemeinen Pertussistherapie, wobei der Autor sich für möglichst baldige Luftveränderung ausspricht, geht er auf die derzeit bekanntesten 60 therapeutischen Mittel und Verfahren ein, von denen ungefähr die Hälfte dem inneren Gebrauche dienen, während die anderen äußerlich, meist von den oberen Luftwegen aus, angewendet werden.

Im zweiten Teile seiner Arbeit berichtet der Autor über die guten Erfolge der Behandlung mit Citrophen und Oxykampfer. Citrophen verkürzt die Krankheitsdauer und gestaltet den Verlauf der Pertussis milder. Das Erbrechen pflegt rasch aufzuhören. Die Hustenanfälle werden seltener, kürzer und leichter. Man beginnt mit dreimal täglich 0·15 bis 0·20 pro dosi, und wenn diese Dosis sich unwirksam zeigt, verordnet man 0·25 bis 0·30 pro dosi dreimal täglich. Die meistens wirksame Einzeldosis von 0·70 soll bei Kindern unter 8 bis 10 Jahren nicht überschritten werden.

Was den Oxykampfer anbelangt, wird die Zahl und Intensität der einzelnen Anfälle bei den meisten Patienten prompt herabgesetzt, doch ist die Wirkung nicht so gut wie mit Citrophen. Als Einzelgabe wird dreimal täglich bis dreistündlich 0·10 bis 0·30 pro dosi verabreicht. Wegen seiner Unschädlichkeit für das Herz

soll der Oxykampfer besonders bei schweren Komplikationen vonseiten des Respirationstraktes zu empfehlen sein.

Zuppinger (Wien).

H. Mygind. *Lupus vulgaris pharyngis.* (Archiv für Laryngologie und Rhinologie, XIII. Bd., S. 372.)

Der Lupus pharyngis betrifft nur an schwerem Gesichtslupus leidende Patienten, namentlich solche, die im Alter von 15 bis 24 Jahren stehen, dagegen relativ bedeutend seltener Kinder. (Zahlen für diesen Schluß doch zu gering. D. Ref.) Jeder Patient zeigte lupöse Affektionen oder Narben im Aditus narium oder im Cavum nasi, jedoch nur ausnahmsweise kontinuierliches Uebergreifen. Am häufigsten waren Zäpfchen, das weiche Gaumensegel, der Arcus palatopharyngeus und glossopharyngeus befallen, seltener die Pars oralis; hier zeigte der Lupus eine besonders starke Tendenz zur Heilung. Lupus fand sich noch seltener in der Pars nasalis, je einmal auf Tonsille und Zungenrund, nie in der Pars laryngea. Die Affektion ist meist schmerzlos oder die Schlingbeschwerden sind nur gering.

In jedem Falle ist das Auftreten von Schleimhautlupus ein prognostisch ungünstiges Zeichen von der Widerstandskraft des Befallenen.

F. Goepfert (Kattowitz).

Hagenbach-Burckhardt. *Ueber Pemphigus contagiosus.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 5.)

Verf. beobachtete in seinem Spital eine Epidemie von sieben Pemphigusfällen, die ihm den Anlaß zur Zusammenstellung der Literatur über derartige Ereignisse gab. Aus allem geht hervor, daß der Pemphigus neonatorum ansteckend ist, und zwar für Kinder wie für Erwachsene, daß sich im Blaseninhalt Staphylococcus albus nachweisen ließ, daß endlich die Differentialdiagnose gegenüberluetischem Pemphigus sich nicht auf die Lokalisation an Handtellern und Fußsohlen stützen darf, da Abweichungen von dem diesbezüglich üblichen Schema in jedem Sinne beobachtet werden konnten.

Freund (Breslau).

H. Gillet. *Strophulus postvaccinalis.* (Rev. mensuelle de maladies de l'enfance, 1903.)

Verf. veröffentlicht die Beobachtungen eines Falles von Strophulus postvaccinalis und gibt dabei die folgende Einteilung der vaccinalen Eruptionen:

1. Eruptionen äußeren Ursprunges: Reinokulation, Reinokulationsvaccine.

2. Eruptionen inneren Ursprunges: Vaccina aberrans, generalisierte Vaccine.

3. Vaccinale Erytheme: Roseola, makulöses, papulöses Exanthem, Urticaria, polymorphes Erythem, Erythema circinnatum.

4. Postvaccinale Erytheme: Ekzema, Intertrigo, Impetigo, Zona-Strophulus.

G. Carrière (Lille).

M. Salomon. *Arthritis multiples suppurées à pneumocoques chez un syphilitique héréditaire.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 12.)

Bei einem hereditärluetischen und mit Parrot'scher Lähmung behafteten 2 $\frac{1}{2}$ monatlichen Säugling traten eitrige Entzündungen der Knie-, Ellbogen- und Schultergelenke auf. Die bakteriologische Untersuchung des durch Punktion des linken Kniegelenkes gewonnenen dicken Eiters ergab hochvirulente Pneumokokken. Trotz mehrfacher Gelenkpunktion mit Injektion von Kollargol und Itrol und trotz Einreibens von Ungt. collargol. erfolgte der Exitus, nachdem das Kind vollkommen kachektisch geworden war. Obduktionsbefund (siehe auch das Referat von Freund in dieser Monatsschrift 1903, Nr. 3, pag. 157.) Brüning (Leipzig).

Modesto Guimaraes. *Notas clinicas sobre a gripe infantil.* (Brazil med., pag. 111.)

Bericht über einige interessante Fälle von Kinderkrankheiten, welche vom Verf. auf Grippe bezogen werden. Die sehr kurz mitgeteilten Beobachtungen gestatten nicht, die Richtigkeit der Diagnosen, von denen einzelne anfechtbar erscheinen, genau zu prüfen.

Olinto de Oliveira (Porto Alegre).

H. v. Ranke. *Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 1, S. 13.)

Bei einem Fall von Noma vulvae fand v. Ranke besonders an der Demarkationslinie des gesunden Gewebes ein Filzwerk feinsten Fäden, das aus einem Bazillengemisch bestand; es fanden sich in demselben neben Kokken Bazillen und Fäden, welche letztere zu den obligaten Anaëroben gehören. Diese Fäden scheinen bei Noma eine konstante Erscheinung zu sein.

Camerer (Stuttgart).

Tilliß K. *Ein Fall von Noma nach Typhus.* (Inaug. - Dissert., Leipzig 1903.)

Bei einem 21jährigen Dienstmädchen entwickelte sich etwa in der achten Krankheitswoche unter Temperatursteigerung und Schmerzhaftigkeit ein haselnußgroßer Schleimhautdefekt an der Innenseite der rechten Wange, gegenüber dem letzten unteren Molarzahn gelegen. Durch Behandlung mit Formalinätzung sowie durch Jodoformgaze-Tamponade zunächst keine Besserung, sondern Fortschreiten der Gangrän nach dem Mundwinkel zu. Erst nach 3 $\frac{1}{2}$ Wochen langsames Zurückgehen des Prozesses und Heilung unter Zurücklassung einer narbigen Kontraktur der Muskulatur. Trotz fehlenden Nachweises der zuerst von Seiffert und später auch von Perthes u. a. beschriebenen und zweifellos als Erreger des Wangenbrandes anzusprechenden anaeroben Mikroorganismen hält Tilliß den Fall aus klinischen Erscheinungen für echten Noma. Kurze Literaturzusammenstellungen bilden den Schluß der Arbeit.

Brüning (Leipzig).

A. Josias. *Sérothérapie de la fièvre typhoïde.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 11 und 13.)

Josias behandelte 50 typhuskranke Kinder nach der von Chantemesse angegebenen Methode mit Typhusserum. Die Injektion des Serums, 1 cm³ auf 30 kg Körpergewicht, wurde möglichst frühzeitig unter aseptischen Kautelen am Vorderarm vorgenommen; irgendwelche üble Nebenwirkungen (Exantheme) traten nicht auf. Gleichzeitig jedoch erfolgte diätetisch-hydriatische Typhusbehandlung, wie sie allgemein üblich sein dürfte (Milchnahrung, Bäder). Nach Josias wirkte das Serum günstig ein auf die Temperatur und beschleunigte den Ablauf der Erkrankung; Störungen vonseiten der Niere traten nicht auf; leichte Komplikationen (Otitis u. a.) wurden selten beobachtet. Auf diese Weise erzielte Josias eine Durchschnitts-Sterblichkeit von 4% gegenüber 14% in den übrigen Hospitälern.

Brüning (Leipzig).

J. Beard. *Stead drop following Diphtheria.* (Brit. med. Journ., 4. April 1903.)

Der Verf. beschreibt einen dem von Sharp (siehe Seite 194) mitgeteilten sehr ähnlichen Fall bei einem 6 Jahre alten Mädchen. Die Lähmung wurde zuerst ungefähr vier Wochen nach Beginn der Rachenercheinungen bemerkt. Es handelte sich hier um vollständige Lähmung, da das Kind absolut nicht imstande war, das Kinn von der Brust zu erheben. Es bestand auch Lähmung des Gaumens und so hochgradige Parese der Beine, daß das Kind nicht stehen konnte. Die Symptome waren nach sechs Wochen so gut wie vollständig verschwunden.

Melland (Manchester).

Ivo Bandi. *A proposito do serum anti-diphtherico bactericida e antitoxico.* (Revista med. de S. Paulo, pag. 113.)

Die erste Mitteilung des Verf. über diesen Gegenstand wurde bereits hier besprochen (Monatschr. f. Kinderh., Bd. I, pag. 386). In seinem zweiten Aufsatz erörtert Bandi die Methode von Wassermann, welche er als langwierig und kompliziert bezeichnet. Er kommt auf seine Methode zurück, welche ihm gestattet, auf leichte Weise ein Diphtherieheilserum von energischer bakterizider Wirkung zu gewinnen, welches auch antitoxische Eigenschaften besitzt. Die Methode, welche Besredka für die Herstellung von Pest-, Cholera- und Typhusschutzstoffen angegeben hat, ist trotz der abweichenden Technik der von Bandi angegebenen Methode im Wesen verwandt.

Olinto de Oliveira (Porto Alegre).

Wold. Gerlach. *Tod nach einer Antidiphtherieserum-Injektion.* (Therapeutische Monatshefte, April 1903, Seite 198.)

Krankengeschichte eines dreijährigen Mädchens mit schwerer Nasen-, Rachen- und beginnender Kehlkopfdiphtheritis. Am vierten Krankheitstage wurden 1000 A.-E. injiziert. Am zehnten Tage stellte sich Erbrechen ein, am elften ein masernähnliches Serumexanthem ohne Fieber. Am zwölften Tage traten klonische Krämpfe auf, die tags darauf unter

Herzschwäche zum Tode führten. Bei der Obduktion zeigte sich das Herzfleisch schon makroskopisch deutlich getrübt. Sowohl an der Konvexität des Gehirnes als auch an der Basis wurden zirka 15 fleckige, hellrote, bis bohnen große, zwischen Knochen und harter Hirnhaut gelegene, serös durchtränkte Blutergüsse gefunden. Und dies soll „ein Opfer“ der therapeutischen Mode sein! Der Tod wird dem Diphtherieserum zugeschrieben, weil es an dem Erythem schuld war; das Erythem (der Gehirnbefund wurde auch als solches angesehen) veranlaßte die Krämpfe, deren Anforderung das kranke Herz nicht mehr gewachsen war. Auf eine Widerlegung dieser Ansichten können wir nicht näher eingehen und halten es für praktischer, statt solche Publikationen zu schreiben, in so schweren Fällen eine genügende Dosis Antitoxin zu verabreichen. Zuppinger (Wien).

Busalla. *Die Behandlung der Dekanülementsschwierigkeiten bei tracheotomierten diphtheriekranken Kindern mit besonderer Berücksichtigung der „retrograden Intubation“.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 508.)

Nach kurzer, nichts wesentlich Neues bringender Besprechung der Dekanülementshindernisse durch Lähmung der Kehlkopfmuskeln, sei diese nun bedingt durch den diphtheritischen Prozeß selbst, durch Toxine, durch psychogene Ursachen oder Spasmus glottidis, wendet sich Verf. zu den mechanischen Ursachen. Zur Vermeidung der Granulombildung empfiehlt er nicht zu langen Schnitt in der Trachealwand und Wahl einer ungefensterten Kanüle mit richtigem Krümmungsradius. Für die Vermeidung von Narbenstenosen, von Erschlaffung der vorderen Trachealwand etc. kommt die exakte Ausführung der Tracheotomie selbst und die Kanülenwahl besonders in Betracht.

Bei vorhandenen Granulomen bediente sich Verf. mit Vorteil einer Modifikation der von Cackovic angegebenen retrograden Intubation, die darin besteht, daß ein 4 cm langes, mäßig starres Gummidrain (Nélaton-Katheter) 1·5 cm vom einen Ende entfernt durch einen durchgestochenen Seidenfaden gefaßt wird und nun, das Lumen der Trachea ausfüllend, derart durch die Tracheotomiewunde in die Trachea eingeführt wird, daß das längere Stück nach abwärts, das kürzere larynxwärts geht. Die aus der Tracheotomiewunde herausgeführten Seidenfadenden werden durch das Mittelloch eines Kanülenschildes geführt und an dessen Oesen befestigt. Das Kanülenschild wird durch um den Hals laufende Bänder gehalten.

Durch den Druck des elastischen Gummidrains im Trachealumen wird die Bildung von Granulomen hintangehalten oder dieselben wieder zum Verschwinden gebracht.

Schiller (Karlsruhe).

Günther. *Eine bösartige Scharlachepidemie.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 24, S. 1034.)

Verf. berichtet über eine außerordentlich rapid und heftig einsetzende Scharlachepidemie, welche sich auf 150 Fälle, vorwiegend Erwachsene, erstreckte und zahlreiche Opfer forderte. Die Krankheit begann plötzlich mit Erbrechen und bisweilen Durchfällen, die Temperatur stieg auf 40 bis 41°, Puls auf 150; das Sensorium war

meist getrübt. In der Mundhöhle fand sich starke Rötung, Schwellung der Tonsillen und Submaxillardrüsen; das Exanthem war dunkelrot, bisweilen fanden sich Blutaustritte. Die Fälle, in welchen das Bewußtsein früh getrübt war, kamen fast alle zum Exitus. — Von Nachkrankheiten zeigten sich häufig Nephritis, Abszesse der Halsdrüsen, Mittelohreiterung.

C a m e r e r (Stuttgart).

Hermann. *Ueber akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeines nach Scharlach.* (Münchn. med. Wochenschr., Jahrgang 50, Nr. 22, S. 947.)

In 13 Fällen sah Verf. bei Scharlach sich akute Nekrose entwickeln, u. zw. teilweise schon in den ersten Krankheitstagen. Die Symptome der gefährlichen Komplikation sind nicht sehr ins Auge springend: Schmerzen bei Druck auf den Warzenfortsatz, Anschwellung dieser Gegend, plötzliche, anhaltende Temperaturerhöhung, Klagen über Kopfschmerz. Greift der Prozeß auf das Mittelohr über, so bildet sich daselbst meist dünner Eiter, der vielfach das Trommelfell zerstört und durchbricht. Verf. rät zu möglichst frühzeitigem operativen Eingreifen.

C a m e r e r (Stuttgart).

Méry H. et Hallé J. *Angines ulcéreuses et perforantes dans la scarlatine.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 12.)

Verf. beobachtete im Jahre 1902 unter 436 Scharlachfällen des Kinderkrankenhauses zu Paris zehnmal die ulceröse Form der Angina mit Perforation des Gaumens. Die Mehrzahl der Fälle kam im Frühjahr und Sommer zur Beobachtung. Die A. ulcerosa zeichnet sich aus durch längliche, meist symmetrisch liegende Geschwüre der Gaumenbögen oder des Zäpfchens, selten auch der Wangenschleimhaut im Winkel zwischen Ober- und Unterkiefer mit Neigung zur Perforation. Es gibt eine schnell und eine langsam verlaufende Form. Die Erkrankung ist kontagiös und endet stets tödlich. Die Behandlung bestand in Mundspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd-lösung und Pinselungen mit Chlorzink $\frac{1}{30}$.

B r ü n i n g (Leipzig).

Chance. *Orbital Cellulitis as a Sequel of Scarlatina. (Orbital-phlegmone infolge von Scarlatina.)* (Amer. Medicine, 13. Juni 1903.)

Verf. berichtet über zwei Fälle und empfiehlt freie Drainage der Orbita, sogar wenn Enukleation des Augapfels dazu erforderlich ist.

W a c h e n h e i m (New-York).

James Hinshelwood. *Three Cases of different Forms of congenital syphilitic disease of the Eye occurring in the same Family.* (Glasgow Medic. Journ., April 1903.)

Die Mutter, eine 45jährige Frau, deren Anamnese und Untersuchung bezüglich Syphilis negativ ausfällt, hat folgende Kinder:

1. Mädchen, 19 Jahre alt, lebend und gesund.
2. Knabe, nach 2 Monaten gestorben.
3. Totgeborenes Kind.

4. Mädchen, 14 Jahre alt, mit Kerato-Iritis, Taubheit und Hutchinson'schen Zähnen.

5. Knabe, 12 Jahre alt, mit Retinitis und Hutchinson'schen Zähnen.

6. Mädchen, nach 6 Stunden gestorben.

7. Totgeborenes Kind.

8. Mädchen, 9 Jahre alt, mit Choreoiditis und abgestumpften oberen Schneidezähnen.

9. Totgeborenes Kind.

10. Knabe, 3 Jahre alt, gesund.

11. Mädchen, 1 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, gesund.

Nr. 4, 5 und 8 wurden von der Mutter gleichzeitig in die Augenklinik gebracht und Hinshelwood beschreibt diese Fälle zur Veranschaulichung der wechselnden Manifestationen des kongenitalen syphilitischen Virus im Auge (im ersten Fall Cornea und Iris, im zweiten Retina und im dritten Choroidea).

Bemerkenswert in dieser Familiengeschichte ist die lange Wirksamkeit des syphilitischen Giftes, das Fehlen weiterer syphilitischer Erscheinungen bei den am Leben gebliebenen Kindern und die offenbare Immunität der Mutter. Der Vater konnte nicht untersucht werden.

Karl Fürth (London).

Ostheimer. *Case of probable Gummata of Liver in a Child of six Years. (Fall von wahrscheinlichen Lebergummata bei einem sechs-jährigen Kinde.)* (Journ. Amer. Med. Ass., 6. Juni 1903.)

Keine luetischen Stigmata, Anamnese deutet stark auf Syphilis, desgleichen Befund und Verlauf. Heilung unter antiluetischer Therapie.

Wachenheim (New-York).

M. Salomon. *Syphilis héréditaire tardive traitée par les injections intraveineuses de cyanure de mercure.* (Annal. de méd. et chir. inf 1903, Nr. 13.)

Bei einem 5 $\frac{1}{2}$ -jährigen hereditär-luetischen Knaben, dessen Eltern an Tuberkulose gestorben waren und der wegen Ulcerationen an den Lippen und Plaques muqueuses der Mundschleimhaut zur Aufnahme gekommen war, erzielte Salomon durch eine Inunktionskur mit Ungt. ciner. und Ungt. collargol. keine Veränderung der Krankheitsprozesse, dagegen trat nach zweimaliger intravenöser Injektion von je 1 cm³ einer 1 $\frac{1}{10}$ -igen Lösung von Hydrarg. cyanat. in wenigen Tagen völlige Heilung ein. Ueber ähnliche Fälle berichten Baccelli, Jemma, Blaschko, Dinkler u. a.

Brüning (Leipzig).

Marfan A. B. *De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 10 und Revue mensuelle des maladies de l'enfance, B. XXI, Mai 1903.)

Schon Cruveilhier, Friedrich, Bärensprung u. a. haben auf die Häufigkeit des Vorkommens von Milzschwellung bei

hereditär-luetischen Säuglingen hingewiesen und Gee hat sogar hervorgehoben, daß diese chronische Milzvergrößerung neben einer verschieden hochgradigen Kachexie in einzelnen Fällen das alleinige Symptom der Heredosyphilis darstellen kann. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden eine Reihe weiterer Publikationen von Birch-Hirschfeld, Parrot u. a. veröffentlicht, die teils an totgeborenen, bzw. einige Tage alten Kindern, teils auch an Kindern bis zum 3. Lebensjahre die Verhältnisse der Milzgröße und ihrer pathologischen Veränderungen klarzulegen suchten. Nach Parrot beträgt das Milzgewicht bei gesunden Kindern

im Alter von	5 bis 10 Tagen	7.0 g
" " "	10 " 20 "	9.3 "
" " "	20 " 30 "	8.3 "

im Gegensatz hierzu bei Kindern mit Lues hereditaria in demselben Alter 38, 34, 18 und bis zu 45 Tagen 21.3 g. Bei älteren Kindern mit hereditärer Syphilis fand Barlow unter 28 Fällen 22mal, Starr unter 100 Fällen 48mal Milzvergrößerung chronischer Art.

Die pathologischen Veränderungen der Milz hereditär-luetischer Säuglinge bestehen meist in interstitieller Bindegewebswucherung, besonders an den Malpighischen Körperchen und um die kleinen Arterien; in einzelnen Fällen findet sich auch Peripleuritis fibrosa; nur selten kommen wirkliche Gummata in Gestalt kleiner subkapsulärer Knötchen, Endarteriitis luetica und amyloide Entartung zur Beobachtung. Die Diagnose der Milzvergrößerung ist fast stets leicht durch Palpation zu stellen; doch hat man sich vor Verwechslungen mit tiefstehender, nicht hyperplastischer Milz bei Rhachitis, Pleuritis etc. zu hüten. Gleichzeitiges Bestehen anderer Erscheinungen von Lues (Anämie, Hautaffektionen) führen auf den richtigen Weg. Marfan selbst fand nun unter 376 Kindern in den ersten beiden Lebensjahren insgesamt 40 mit chronischem Milztumor; hievon waren 31 hereditär luetisch (77.5%). Gleichzeitiges Bestehen von Rhachitis spricht nach Marfan nicht gegen Lues, denn in zwei Dritteln der Fälle, in welchen Rhachitis die alleinige Ursache der Milzvergrößerung zu sein scheint, finden sich bei genauer Nachforschung Anzeichen der hereditären Lues. In einigen Fällen kann sogar die Milzschwellung das einzige Symptom der Lues hereditaria darstellen; solche Fälle lassen sich zweckmäßig als „formes splénomégamiques de l'hérédosyphilis“ bezeichnen.

Br ü n i n g (Leipzig).

L. Grünwald. *Der heutige Stand der Ozaenafrage.* (Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Bd. XIII, S. 250.)

M. Hajek. *Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Grünwald.* (Ibidem, Bd. XIII, S. 466.)

Alexander. *Ueber säurefeste Bazillen im Ozaenasekret.* (Gesellschaft der Charité-Aerzte. (Berliner klin. Wochenschrift 1903, S. 507.) Grünwald kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Ozaena ist bedingt durch eine Herderkrankung (Nebenhöhlen, Nasengänge und adenoide Gewebe im Epi- und Mesopharynx).

Das meist geruchlos sezernierte Sekret hat durch die Mischinfektion mit dem *Bacillus mucosus* Abel die Neigung, zähe, klebrige, halbfeuchte Borken zu bilden. Diese Eigenschaft der Krusten erleichtert die Zersetzung des Sekretes durch Fäulniserreger. Der Druck dieser Krusten führt schließlich zur Atrophie der Nasenmuschel.

So entsteht erst das Bild der Ozaena. Körperschwäche und hereditäre Belastung mit Tuberkulose leisten der Erkrankung Vorschub, die andererseits selbst wieder zu Körperschwäche führen kann.

Hajak hält allerdings auch bei der ausgebildeten Ozaena eine Herderkrankung für vorliegend. Im übrigen aber sei die Frage namentlich der Atrophie keineswegs gelöst.

Eine primäre diffuse Erkrankung sei doch nicht von der Hand zu weisen. Er fordert zu eifrigerem Studium der Rhinitis im frühesten Kindesalter auf, in welches wir die Entstehung der Ozaena verlegen müssen und in dem ja noch keine Nebenhöhlen bestehen.

Alexander fand im Sekret von Ozaenakranken einen säure- und alkoholfesten Bazillus, der sich bei 20° Celsius in Bouillonröhrchen stark vermehrte. Dieser Bazillus scheint zur fälschlichen Diagnose einer tuberkulösen Affektion Veranlassung gegeben zu haben.

F. Goepfert (Kattowitz).

Southworth. *Acute suppurative Cervical Adenitis of Infancy.* (*Die akute eitrige Adenitis der Säuglinge.*) (Journ. Amer. Med. Ass., 30. Mai 1903.)

Verf. befürwortet möglichst kleine Inzision (6 bis 7 mm), man drücke den Eiter sanft aus mit Hilfe einer Kornzange, darnach Drainage durch eine gefensterte Gummiröhre von 4 bis 5 mm Durchmesser. Etwaige Ueberreste von Induration verschwinden unter Applikation von Ichthyolsalbe.

In vielen Fällen, namentlich bei Kindern über dem ersten Lebensjahre, läßt sich der Prozeß durch antiseptische Behandlung der Nase resp. des Nasenrachenraumes und der Mundhöhle abortieren.

Wachenheim (New-York).

Kirmisson. *L'angiome chez l'enfant et son traitement.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 11.)

Gelegentlich der klinischen Vorstellung eines 5jährigen Mädchens mit einem ziemlich beträchtlichen Angiom der Oberlippe, welches im fünften Monate zuerst als kleiner roter Tumor von den Eltern bemerkt worden war, dann aber im dritten Lebensjahre des Kindes im Anschlusse an sehr heftigen Keuchhusten schnell an Umfang zugenommen hatte, gibt Kirmisson einen Ueberblick über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse dieser im Kindesalter ziemlich häufigen Krankheitsbilder und erörtert zum Schlusse die in solchen Fällen einzuschlagende Therapie (Ignipunktur, Exstirpation, Injektion koagulierender Substanzen, Elektrolyse).

Brüning (Leipzig).

Lenhart. *Diagnosis and Treatment of Empyema. (Diagnostik und Behandlung des Empyems.)* (Cincinnati Lancet-Clinic, Mai 1903.)
Wachenheim (New-York).

H. Chiari. *Zur Entstehung der kongenitalen Darmatresie.* (Prager med. Wochenschrift 1903, Nr. 22.)

Schon vor 15 Jahren hatte Autor Gelegenheit, an Hand eines Falles das Zustandekommen einer kongenitalen Darmatresie durch eine intrauterin abgelaufene Intussuszeption nachzuweisen. Eine mikroskopische Untersuchung weiterer Fälle, hauptsächlich alter Musealpräparate, ergab ebenfalls die Tatsache einer überstandenen fötalen Darmeinschiebung, so daß neben den anderen bekannten Ursachen (fötale Peritonitis, Achsendrehung, Verschluß der Mesenterialarterien und Anomalien des Ductus omphalomeseraicus) sicher auch die Intussuszeption als ein ätiologisches Moment der kongenitalen Darmatresie zu gelten hat.

Neurath (Wien).

H. Rutherford. *Child operated on for Intussusception at the Age of 3 Months.* (Glasgow Medic. Journ., Juni 1903.)

Das Abdomen wurde links vom Nabel in der Länge von etwa 7 cm eröffnet und die sehr lange Intussuszeption, deren Spitze von der Ileocöcalklappe gebildet wurde, reduziert. Temperatur am Abend der Operation 105·2°, fiel im Laufe der nächsten Woche zur normalen. Diarrhöe für 14 Tage; Ausgang in Heilung.

Karl Fürth (London).

H. J. Taylor. *A Case of double congenital Hernia with Hernia of the Bladder on the right Side and Hernia of the Caecum and Appendix on the left Side.* (Lancet, June 6.)

Die Einzelheiten des Falles erklären sich zur Genüge aus der Ueberschrift. Pat. (2jähriger Knabe) wurde in zwei Sitzungen operiert und machte eine ungestörte Heilung durch.

Karl Fürth (London).

Hans Otto. *Ein Fall von Atresia hymenalis congenita.* (Inaug.-Dissert., Berlin 1903.)

Die Anregung zu dieser Dissertation gab ein Fall, der in der geburtshilflichen Klinik der Charité zur Beobachtung kam. Es handelte sich um ein neugeborenes Mädchen, bei dem gleich nach der Geburt ein Tumor von Kirschgröße zwischen den Labien an Stelle der Scheide bemerkt wurde. Diese wölbte sich beim Schreien vor, war nicht zurückdrängbar und der Ueberzug zeigte den Charakter der Schleimhaut. Die Membran wurde mit einer Sonde eröffnet; hierbei entleerte sich reichlich Schleim. Es handelte sich also um eine Atresia hymenalis congenita mit Schleimretention. Im Anschlusse hieran wird das Krankheitsbild der Atresie genau besprochen, ihre Entstehung und ihre Folgen (Hämatokolpos u. s. w.). Der Verf. macht sich die Anschauung Hirschsprungs zu eigen, daß man genau die Genitalien der Neugeborenen inspizieren soll, um möglichst frühzeitig die Atresia beseitigen zu können.

Lissauer (Berlin).

Hans Laengner. *Die angeborenen Geschwülste der Steißbeingegend und des Beckenbindegewebes.* (Inaug.-Dissert., Berlin 1902.)

Der Verf. gibt in seiner Arbeit eine Schilderung der in der Sakralgegend und im Beckenbindegewebe vorkommenden Dermoiden. Durch Beschreibung einer größeren Anzahl von Sakraltumoren, die an der v. Bergmann'schen Klinik zur Beobachtung kamen, gibt er eine Darstellung des klinischen Verlaufes dieser Geschwülste; hieran schließt sich eine weitläufige Auseinandersetzung über Entstehung und Therapie dieser Tumoren an. Von den angeführten Fällen sei eines Erwähnung getan, der einen 6jährigen Knaben betrifft, da diese Dermoiden selten bei Kindern angetroffen werden, wie denn auch alle anderen vom Autor berichteten Fälle sich auf Erwachsene beziehen. Bei diesem Kinde war schon seit der Geburt eine erbsengroße Geschwulst in der Gegend des Steißbeines beobachtet worden; in der letzten Zeit war sie sehr rasch gewachsen und verursachte große Schmerzen. Sie war taubeneigroß und exkoriert. Es zeigte sich bei der Operation, daß sie vereitert und mit dem Rektum und dem Steißbein verwachsen war. In einem Falle hat der Verf. mikroskopische Untersuchungen vorgenommen und hiebei den gewöhnlichen Befund erhoben. Die Dermoiden des Beckenbindegewebes werden an der Hand eines Falles aus der Literatur besprochen.

Lissauer (Berlin).

Grunert. *Ueber Herniotomien im Kindesalter, insbesondere im Säuglingsalter, darunter zwei seltene Fälle von Einklemmung.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 68. Bd., S. 518.)

Bericht über 38 Herniotomien an 34 Kindern, darunter 13 Säuglinge, 4 davon mit Inkarzeration. Von den letzteren starben 3 mit freien Hernien, 2 kräftige Kinder im unmittelbaren Anschlusse an die Operation, ein drittes an sekundärem Hodensack-Abszeß und Pneumonie. Auf Grund dieser Erfahrungen warnt Verf. vor einer Operation in den drei ersten Lebensjahren, wenn nicht eine Inkarzeration dazu zwingt. Von den 21 älteren Kindern bis zu 10 Jahren starb keines.

Operiert wurde stets nach Bassini, in Alkohol-Chloroform-Aethernarkose.

Unter 33 Knaben litten 13 an „Phimose“, darunter 7 unter 12 im ersten, 3 unter 4 im zweiten, 2 unter 4 im dritten Lebensjahre. Daraus schließt Verf., „daß der bedeutende Einfluß der Phimose auf die Entstehung eines Bruches evident ist“. Folgerichtig schließt er dann: „Wir müssen es als einen großen Unterlassungsfehler ansehen, nicht möglichst bald nach der Geburt jede uns zu Gesicht kommende Phimose, sei es durch allmähliche Dehnung, sei es durch Operation, zu beseitigen.“ Was werden dazu die modernen Kinderärzte sagen?

Die zwei in der Ueberschrift besonders hervorgehobenen Fälle betrafen einen zehn Wochen alten Atrophiker mit Cöcum und Wurmfortsatz als Inhalt des inkarzerierten Leistenbruches und ein

fünfmonatliches Mädchen mit linksseitigem eingeklemmten Tubo-ovarialbruch. Beide genasen.

Schiller (Karlsruhe).

Disrue (Samara). *Bericht über 292 Blasenstein-Operationen.* (Arch. f. klin. Chir., 70. Bd., S. 160.)

In dem Praxisbereiche des Verfassers sind Steinbildungen augenscheinlich außerordentlich häufig. Denn die 292 Fälle verteilen sich auf eine relativ kleine Zahl von Jahren. 287 der Patienten waren männlichen, 5 weiblichen Geschlechtes. Das Kindesalter überwiegt ungemein, denn das 16. Lebensjahr hatten 241 Steinkranke noch nicht überschritten. Davon standen im 10. bis 12. Monate 10, im 2. Lebensjahre 41, im 3. 50, im 4. 30, im 5. 18, im 6. 14, im 7. 4, im 8. 6, im 9. 12, im 10. 10, im 11. 6, im 12. 8, im 13. 5, im 14. 3, im 15. 3, im 16. Lebensjahre 10 Fälle.

Die Behandlung bestand 186mal in der Eröffnung der Blase auf perinealem Wege mit 8 Todesfällen, wovon nur 1 bei Erwachsenen, 2 bei Kindern an Sepsis mit der Operation im Zusammenhange standen, während bei 1 Erwachsenen und bei 4 Kindern dies nicht der Fall war. In den übrigen 105 Fällen kam die Sectio alta in Anwendung mit dreimal tödlichem Ausgange bei Kindern (1 septische Peritonitis, 1 Urämie, 1 Bronchopneumonie und Dysenterie). Bei Kindern unter 12 Jahren hat Verf. die Sectio perinealis wegen der Kürze des Dammes und der dadurch bedingten Quetschung der Gewebe bei Extraktion des Steines ganz verlassen, ebenso ist sie bei weiblichen Patienten durch die Sectio alta zu ersetzen.

Schiller (Karlsruhe).

Kredel. *Volvulus im Säuglingsalter.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 69. Bd., S. 90.)

Beschreibung eines Falles von Volvulus des gesamten Dünn darmes, unterhalb des Duodenums beginnend und 3 bis 4 cm oberhalb des Cöcums endigend, bei 9 $\frac{1}{2}$ wöchigem Säugling. Im Gegensatz zu dem sonst fast analogen Falle von Pescatore (Ref. in dieser Monatsschrift, 2. Bd., 3. Heft) war das Mesocöcum und Mesokolon hier abnorm kurz.

Schiller (Karlsruhe).

Zondek. *Beitrag zur Lehre von der Bauchaktinomykose.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 69. Bd., S. 49.)

Zwölfjähriger Knabe, bei dem es im Anschlusse an eine perforative Wurmfortsatz-Entzündung zu einer fortschreitenden Aktinomykose des Bauches kam. Verf. hält den primären Prozeß nicht für durch Aktinomykose bedingt, die er durch Sekundärinfektion erklärt.

Schiller (Karlsruhe).

H. Rutherford. *Case of Scars and Deformities due to intra-uterine Small-Pox.* (Glasgow Medical Journal, Juni 1903.)

7 Monate altes Mädchen mit Talipes calcaneo-valgus. Unterschenkel und Tarsalknochen ohne Defekte, Dorsalfäche des Tarsus ist konkav. Metakarpalknochen und Phalangen des linken Daumens

defekt, der Daumenballen durch Narbengewebe ersetzt. Fernerhin ist eine Einziehung der Hand und der linken Fußsohle vorhanden und drei Narben, ähnlich Impfnarben, am linken Vorderarm und auf der rechten Brust. Die 23jährige Mutter hatte während ihres vierten Schwangerschaftsmonates einen mittelschweren Blatternanfall durchgemacht.

Karl Fürth (London).

Alvarez G. *Difformités osseuses multiples observées sur un nouveau-né: type Paget.* (Annal. de méd. et chir. infant. 1903, Nr. 12.)

In diesem auf dem 14. internationalen medizinischen Kongresse in Madrid gehaltenen Vortrage berichtet Alvarez über einen sehr bemerkenswerten, bisher einzig in der Literatur dastehenden Fall von multiplen Knochendifformitäten bei einem neugeborenen Findling, der am 15. Lebenstage an akuter Enteritis zugrunde ging. Die Knochenaufreibungen betrafen gleichmäßig die langen Röhrenknochen der Ober- und Unterarme sowie der Oberschenkel; Tibia und Fibula waren frei. Röntgen-Aufnahme fehlt. Da nach Alvarez Rhachitis, multiple intrauterine Frakturen und Tuberkulose als Ursache ausgeschlossen werden können, hält Alvarez die Prozesse für Erscheinungen der prämaturen, hereditär-luetischen Ostitis, wie dieselben als besonderer Typus von Paget beschrieben worden sind. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Dieser Fall ist der einzige, der, während des Fötallebens entstanden, schon bald nach der Geburt des Kindes zur Beobachtung gekommen ist; die übrigen Fälle betrafen Erwachsene.

Brüning (Leipzig).

A. Broca. *Indications générales du traitement dans le pied bot varus-équin congénital.* (Rapport au Congrès international de Madrid, avril 1903.) (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1903, Nr. 5, Seite 193.)

Weigert (Breslau).

V. Martin. *Ueber paralytische Luxationen.* (Zeitschr. f. orthop. Chirurg., 10. Bd., Heft 4.)

Verf. hatte Gelegenheit, am Kinderspital in Basel im Gefolge der Poliomyelitis acuta anterior 3 paralytische Luxationen zu beobachten, von denen 2 das Hüftgelenk, 1 das Schultergelenk betrafen. Während der erste Fall von Luxatio femoris infrapubica, der bereits fünf Jahre bestand, infolge der bestehenden Kontrakturen und durch Tenotomien und blutige Reposition erheblich gebessert wurde, gelang es bei dem zweiten Falle (Luxatio infrapubica + Pes equinus) von sechswöchentlichem Bestehen noch mittels unblutiger orthopädischer Maßnahmen (lang fortgesetzte redressierende Bewegungen, Massage, Elektrizität, zweckmäßige Lagerung auf Schienen) zum Ziele zu kommen. In genauen Krankengeschichten und Literaturangaben bespricht Verf. die seltenen, interessanten Affektionen recht eingehend.

Neumann (Danzig).

P. Redard. *Du traitement orthopédique et chirurgical de la luxation congénitale de la hanche.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 11.)

Nach eingehender Beschreibung der üblichen Behandlungsmethoden der kongenitalen Hüftgelenksluxation (blutige und unblutige Reposition) kommt Redard zu dem Ergebnisse, daß bei Kindern unter 10 Jahren die unblutige Reposition vorzuziehen ist.

Brüning (Leipzig).

L. Heusner. *Ueber angeborene Hüftluxation.* (Zeitschr. f. orthop. Chirurg., 10. Bd., Heft 4.)

Nach in den ärztlichen Fortbildungskursen zu Barmen gehaltenen Vorträgen zusammengestellter, sehr lesenswerter Aufsatz über obiges Thema.

Neumann (Danzig).

Cumston. *Congenital Dislocation of the Shoulder.* (Kongenitale Schulterluxation.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Juni 1903.)

Vier Theorien sind aufgestellt worden: 1. Trauma, intrauterin oder intra partum, 2. fötale Gelenkserkrankung (Tuberkulose), 3. Muskelschwäche, Lähmungen etc., 4. Entwicklungshemmung (letztere am wahrscheinlichsten).

Von den traumatischen Luxationen ist die Erkrankung durch die äußerst leichte Reposition, die Schwierigkeit der Erhaltung in normaler Lage, die Schmerzlosigkeit, das Fehlen von Schwellung und Ekchymosen, gewöhnlich leicht zu unterscheiden. Die Funktion und das elektrische Verhalten der Muskulatur sind normal, das Glied ist einwärts rotiert, die Hand in Pronationsstellung mit Flexion der Finger. Bei den luetischen Pseudoparalysen ist der Beginn einige Zeit nach der Geburt zu beachten, die cerebralen Paralysen befallen selten den Arm allein.

Bei älteren Kindern ist die Unterscheidung von Gelenksrheumatismus, Tuberkulose, Trauma, amyotrophischer Lateralsklerose und von Muskeldystrophien nach Erb, resp. Landouzy-Dejerine zu berücksichtigen.

In allen Fällen ist die elektrische Prüfung der Muskeln und genaue Untersuchung der Knochenbildung und Ligamente von Wichtigkeit. Die Beobachtung mittels der Röntgen-Strahlen hat entschieden geringeren Wert.

Die Therapie bewegt sich ganz auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie.

Wachenheim (New-York).

Springer. *Zur Technik der Sehnenverlängerung bei Sehnenüberpflanzung.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft II, S. 210.)

Verf. benützt zur Verlängerung der verkürzten Achillessehne anstatt der queren Durchtrennung der Sehne, die nur bei geringer Verkürzung, wo eine Kontinuitätswiederherstellung zu erwarten ist, angängig erscheint, die von Bayer angegebene plastische Achillotomie, eine Methode, die besonders bei paralytischen Equinovari und -valgi geeignet ist, wenn nämlich bei diesen noch eine Sehnenüberpflanzung der Peronei hinzugefügt wird. Die Technik besteht

darin, daß subkutan oben quer die äußere oder innere Hälfte, weiter unten die andere Hälfte durchtrennt und dann durch kräftige Dorsalflexion des Fußes die subkutane Verschiebung der Hälften aneinander vorbei, entsprechend der Längsfaserung, bewirkt wird. Bei sich anschließender Sehnenüberpflanzung wird die Achillessehne freigelegt. Beschreibung eines Falles von hochgradigem Pes equinovarus paralyticus, bei dem Verf. die Achillessehne freilegte, nach dem Bayer'schen Verfahren dehnte und an den zentralen Achilleshälftenstumpf die peripheren Stümpfe der quer durchtrennten Peroneen annähte, mit ausgezeichnetem funktionellen Resultat.

Das Verfahren wird durch Abbildungen erläutert.

Paul Keller (Gnesen).

Arnd. *Experimentelle Beiträge zur Lehre der Skoliose. Der Einfluß des Musculus erector trunci auf die Wirbelsäule des Kaninchens.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft I, S. 1, Heft II, S. 146.)

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Theorien, die über die Aetiologie der Skoliose aufgestellt sind, und beschreibt dann seine eigenen Versuche, die er an Kaninchen angestellt hat, einmal mit der Absicht, zu ergründen, ob bei Vierfüßlern überhaupt die Bildung von Skoliosen möglich sei, und ferner inwieweit Muskelwirkung dabei in Frage komme. Zu dem Zwecke hat er bei Kaninchen Teile des Erector trunci entfernt unter sorgfältiger Ausschaltung von Störungen, die durch einen anderen Faktor als durch den Wegfall der Funktion des Muskels eine Wirkung auf die Wirbelsäule hätten ausüben können. Durch genaue Messungen der Wirbel der nach einiger Zeit getöteten Tiere und Vergleiche mit Kontrolltieren zeigt er, daß Skoliose bei Vierfüßlern vorkommt, was auch an den zahlreichen beigelegten Abbildungen zu erkennen ist. Ferner ergeben die Versuche, daß die Entstehung der Skoliose durch Muskelwirkung sehr wohl möglich ist, und außerdem, daß ihr Einfluß in den Fällen, wo sie überhaupt eine Rolle spielt, derart ist, daß die Konvexität der Skoliose nach der Seite der kräftigeren Muskulatur gerichtet ist.

Paul Keller (Gnesen).

Wohrizek. *„Korrektor“, Apparat für korsettfreie Behandlung der Rückgratsdeformitäten.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft II, S. 224.)

Verf. verwirft die Korsettbehandlung der Skoliose wegen der schlechten Resultate und empfiehlt statt dessen einen von ihm konstruierten Apparat, „Korrektor“, der bei zeitweiliger Anwendung gestattet, durch leicht auswechselbare Pelotten verschiedenster Art in jeder Höhe einen genau kontrollierbaren Druck, eventuell in Verbindung mit Zug, auf jeden Abschnitt der Wirbelsäule auszuüben. Der Apparat und seine Anwendung bei verschiedenen Deformitäten der Wirbelsäule sind durch Abbildungen veranschaulicht.

Paul Keller (Gnesen).

Paul Coudray. *Sur la pathogénie et le traitement de la scoliose latérale des adolescents (urologie de la scoliose).* (Soc. méd. du IX^e Arrond., 13. März 1902.)

Die Frage der Pathogenese ist mit Rücksicht auf die allgemeine Behandlung dieses Leidens von großer Bedeutung. Es gibt Skoliosen, bei welchen keine Veränderung der Knochen besteht und die bei entsprechender Haltung ausheilen. Die Lockerung der Gelenke und die Schwäche der Muskeln erklären zur Genüge die Entstehung dieser Form. Was die knöchernen, mit dauernder Deformation einhergehenden Formen der Skoliose betrifft, so tritt der rhachitische Ursprung derselben im Hinblick auf das gleichzeitige Bestehen anderweitiger Veränderungen des Knochensystems manchmal deutlich zutage. Es fragt sich aber, ob man in jenen Fällen, wo nur eine Veränderung der Wirbelsäule besteht, auch an die rhachitische Natur der Affektion denken kann. Hier sind Zweifel durchaus gerechtfertigt. Die Untersuchung des Harnes hat bei mehreren skoliotischen jungen Mädchen durchaus übereinstimmende Resultate ergeben. In allen Fällen wurde eine manchmal beträchtliche Verminderung der Phosphorsäure, des Kalkes, der Magnesiumsalze und der Chloride nachgewiesen. Mit Rücksicht darauf wurde eine die Zufuhr mineralischer Bestandteile anstrebende Behandlung speziell mit phosphorhaltigen Nahrungsmitteln: Fisch, Gehirn, Eier, Milch eingeleitet, gleichzeitig Calcium und Magnesiumchlorid verabreicht. Die vom Verf. angewendete Lösung hat die folgende Zusammensetzung:

Chlornatrium . . .	7.0
Chlormagnesium . . .	3.0
Aq. destill.	100.0

(wobei die Dosis der Salze je nach dem Ergebnis der Harnanalyse variiert wird).

Von dieser Lösung wird je ein Kaffeelöffel vor den beiden Hauptmahlzeiten eingenommen.

Neuerliche, nach zwei bis drei Monaten vorgenommene Analysen ergaben eine sich der dem Lebensalter entsprechenden Norm annähernde Zunahme der mineralischen Bestandteile des Harnes. Gleichzeitig besserte sich der oft ungünstige allgemeine Ernährungszustand in augenfälliger Weise.

Die Harnuntersuchung ergibt klar, daß der Organismus der skoliotischen Individuen, die sich meist im Zustande raschen Wachstums befinden, an den für die Entwicklung des Knochensystems notwendigen Substanzen Mangel leidet. Es geht aber daraus nichts für die Beantwortung der Frage hervor, ob die Erkrankung rhachitischen Ursprunges ist oder nicht. Außerdem ist die Frage der Beschaffenheit des Harnes bei Rhachitis sehr kompliziert. Hinsichtlich der lokalen Behandlung legt der Verfasser gleich der Mehrzahl der französischen und ausländischen Orthopäden großes Gewicht auf Uebungen, welche die Tätigkeit der Wirbelsäulemuskeln anregen, ferner auf Suspension, manuelle und

instrumentelle Druckwirkung und auf langdauernde Ruhe. Während des Gehens werden vorwiegend leichte Korsetts behufs Ruhigstellung der Muskeln getragen. Die Dissertation von Leickmann (Paris 1903) enthält die Harnanalysen, auf welchen die mitgeteilte Arbeit beruht.

Selbstbericht.

L. Wullstein. *Die Skoliose in ihrer Behandlung und Entstehung nach klinischen und experimentellen Studien.* (Zeitschr. f. orthop. Chirurg., 10. Bd., Heft 2, auch als Sonderabdruck erschienen.)

Von der Ansicht ausgehend, daß bei einem so traurigen Leiden, wie es die hochgradigen Kyphoskoliosen mit ihren schweren Schädigungen des Kreislaufes und der Atmungsorgane darstellen, jede Behandlung, auch die forcierteste, berechtigt ist, hat Verf. seit einer Reihe von Jahren das forcierte Redressement mit nachfolgenden festen Gipsverbänden geübt und eine Methode dieser Behandlung ausgebildet. Die überaus sorgfältige, mit riesigem Fleiß angefertigte Arbeit, die zirka 400 Seiten nebst 115 Abbildungen umfaßt, ist eventuell als Grundlage für eine vollkommene Skoliosenbehandlung anzusehen; weitere Versuche müssen es zeigen und werden die zur Zeit noch bestehenden, nicht unerheblichen Bedenken gegen die forcierte Behandlung vielleicht beseitigen.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit medizinisch-klinischen Untersuchungen und Experimenten an Leichen. Genaue perkutorische und auskultatorische Befunde vor und nach der forcierten Extension, vorgenommen an 18 Patienten im Alter von 12 bis 24 Jahren, zeigen die Veränderungen von Lungen- und Herzgrenzen, von Spitzenstoß und Puls sowie die Lageveränderungen der Bauchorgane. An 6 Leichen Kyphotischer werden die Lage- und Stellungsverhältnisse der inneren Organe, die Veränderungen und Schwankungen des negativen Druckes in den Pleurahöhlen und wie weit durch das Redressement eine Korrektur des Rumpfskeletts erreicht wird, erörtert. Unter dem forcierten Redressement sah Verf. günstigere Verhältnisse eintreten, in Betracht kommende Schädigungen machten sich nicht bemerkbar.

Im zweiten Teile der Arbeit beschreibt Verf. nach einem kurzen geschichtlichen Rückblicke seine Methode: die Vorbereitung für das forcierte Redressement, den von ihm angegebenen Redressionsapparat, die Anwendung und Wirkung des Apparates, das forcierte Redressement, die Anlegung des Gipsverbandes in forciertem Redression, unangenehme Komplikationen beim forcierten Redressement, die Dauer der Behandlung mit Gipsverbänden und Korsettnachbehandlung. Von typischen Endresultaten, d. h. Heilungen in klinischem und anatomischem Sinne, kann Verf. zur Zeit noch nicht berichten, da nur 5 Patienten länger als $\frac{1}{4}$ Jahr behandelt wurden.

Den Schluß der Arbeit bilden Studien über experimentelle Erzeugung von Kyphoskoliosen und Kyphosen bei Hunden.

Neumann (Danzig).

Ritschl. *Zur Technik der Etappenverbände.* (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft II, S. 274.)

Zur Behandlung des Genu valgum fertigt Verf. zunächst einen Gipsverband in üblicher Weise an, macht in der Höhe des Kniegelenksspaltes an der Außenseite einen queren Einschnitt, an der Innenseite in entsprechender Lage und Höhe einen elliptischen Ausschnitt. Nach zwei Tagen wird in Seitenlage des Patienten über gepolsterter Rolle der Unterschenkel adduziert, wobei der Einschnitt an der Außenseite des Gipsverbandes klappt. In diesen klaffenden Spalt wird ein Holzstückchen von 0.5 cm Dicke geschoben und darin belassen. Nach 1 bis 2 Tagen Wiederholung, wonach jedesmal ein entsprechend dickeres Holzstück in den Spalt eingelassen wird. Die Patienten gehen auf dem mehr und mehr gerade gerichteten Beine umher.

Paul Keller (Gnesen).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

Maaß. *Bericht über die chirurgischen und orthopädischen Erkrankungen in den Jahren 1896 bis 1902.* (Aus der Kinderpoliklinik von Priv.-Doz. Dr. H. Neumann in Berlin.) (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 68. Bd., S. 538.)

Sehr lesenswerter, eine Fülle interessanter Details bietender Bericht, aus dem hervorgeht, wie sowohl nach pädiatrischer wie chirurgischer Seite hin das große Material in durchaus moderner Weise verarbeitet wird, der zum Referat aber nicht geeignet ist.

Schiller (Karlsruhe).

Baseler Kinderheilstätte in Langenbruck. *Neunzehnter Jahresbericht der Kommission zur Fürsorge für Erholungsbedürftige.* (Basel 1903).

Seit bald 20 Jahren nimmt die 700 Meter hoch in einem geschützten sonnigen Tale der Baseler Jurakette gelegene Baseler Kinderheilstätte in Langenbruck eine Anzahl erholungsbedürftiger Schulkinder zur Sommer- und Winterszeit in Pflege auf.

Aus sehr bescheidenen Anfängen hervorgegangen, ist dieselbe kürzlich durch Neubau eines hellen, geräumigen, den modernen Ansprüchen an einen Sanatoriumsbau völlig entsprechenden Kindersanatoriums zur Aufnahme von 70 bis 80 Kindern befähigt worden.

Laut begedrucktem ärztlichen Berichte des derzeitigen Anstaltsarztes Dr. E. Veillon wurden von den 290 im vergangenen Jahre gepflegten Kindern 131 geheilt und 152 wesentlich gebessert entlassen; bloß 7 verließen die Anstalt in ungebessertem Zustande.

Da es sich hauptsächlich um Rekonvaleszenten nach akuten und chronischen Krankheiten, daneben um originär schwächliche, skrofulöse und tuberkuloseverdächtige Kinder — sogenannte Prophylaktiker! — vielfach auch um ausgesprochen Tuberkulöse im Anfangsstadium handelt, während schwere vorgeschrittene Krankheitsfälle mit Bazillenauswurf, welche Bettruhe und eingehende ärztliche Pflege erheischen, ausgeschlossen sind, ebenso wie Kinder im Alter unter 5 Jahren, so sind die mittels einfacher hygienisch-diätetischer Heilfaktoren — frische Bergluft, Spiele und Spaziergänge im Freien, kräftige Ernährung, peinliche Hautpflege durch wöchentliche Bäder und tägliche Waschungen — erzielten Resultate die denkbar günstigsten. Als Beweis für den guten Gesundheitszustand der Insassen während des vergangenen Berichtsjahres wird denn auch vom Verf. des Jahresberichtes — Prof. H. Hagenbach — die vom epidemiologischen Standpunkte aus gleich interessante Tatsache hervorgehoben, daß trotz der in Basel und Umgebung sowie in Langenbruck überall grassierenden Influenza in der Anstalt selbst zur selben Zeit kein einziger Fall von Influenza vorgekommen ist. „Statt daß sich die Kinder in dem luftigen Hause in den Bergen, wie vielfach von den Angehörigen gefürchtet wurde, durch Erkältung Katarrhe oder Lungenentzündung zugezogen haben, sind sie im Gegenteil von solchen Leiden endgiltig befreit worden und haben sich außerdem noch die Disposition dazu durch rationelle Pflege gründlich abgewöhnt.“ — Die Baseler Kinderheilstätte in Langenbruck, der Initiative einzelner weitsichtiger Kinderfreunde entsprungen und von einem freiwilligen Komitee geleitet, ist ein soziales Institut. Sie erhält sich durch freiwillige Beiträge, zum geringsten Teile durch die mehr als bescheidenen Pflegegelder der Pfleglinge, von denen eine große Anzahl vollständig unentgeltlich, die übrigen zu den äußerst geringen Beiträgen von 50 bis 80 Centimes pro Tag verpflegt werden. Die Selbstkosten für Verpflegung eines Kindes belaufen sich auf durchschnittlich Fr. 1.75 pro Tag. Die längste Kurdauer im Jahrgange 1902 beträgt 172, die kürzeste 28 Tage; die durchschnittliche Kurdauer aller Pfleglinge dieses Jahres beträgt 45 Tage. Wieland (Basel).

J. Jambon. *Essai sur l'assistance maternelle en Bretagne.* (Thèse de Paris, 1903, Jules Roussel.)

Verf. bespricht die zur Zeit in der Bretagne bestehenden, unzureichenden Einrichtungen der Wohlfahrtspflege für Schwangere (Entbindungsanstalten, Gewährung von pekuniären oder materiellen Unterstützungen, freie ärztliche Behandlung) und befürwortet die Einrichtung von Wöchnerinnenasylen für jedes Departement, in denen die Frauen bereits im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonate, u. zw. ohne umständliche Formalitäten, Aufnahme finden, sowie die Beschaffung des bei Entbindung notwendigsten Inventars (Antiseptika, Badewanne, Wäsche, Windeln etc.) für jede Kommune.

Keller.

Prinzing. *Die angebliche Wirkung hoher Kindersterblichkeit im Sinne Darwin'scher Auslese.* (Zentralbl. f. allgemeine Gesundheitspflege, XXII. Bd., 1903, S. 111.)

Nicht selten ist die Ansicht ausgesprochen worden, daß in Ländern mit hoher Kindersterblichkeit die Bevölkerung kräftiger sei, da die schwächeren veranlagten Neugeborenen häufiger sterben als die lebenskräftigen, daß also eine hohe Kindersterblichkeit eine günstige Wirkung im Sinne Darwin'scher Auslese entfalte. Es ist behauptet worden, daß in Ländern mit hoher Kindersterblichkeit die Sterblichkeit in den folgenden Jahren geringer sei. Mit größerem Rechte läßt sich aus der Statistik der umgekehrte Schluß ableiten, daß da, wo die Säuglingssterblichkeit klein ist, im allgemeinen die Sterblichkeit auch in den späteren Kinderjahren in mäßigen Grenzen bleibt. Es stimmt dies mit der Erfahrung aus der Praxis überein, daß die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter nicht nur die Mortalität im ersten Lebensjahre, sondern auch die Morbidität und Mortalität der folgenden Jahre beeinflussen.

Ebenso zeigt Verf. an statistischem Material die Hinfälligkeit der Behauptung, daß in Ländern oder Bezirken mit hoher Kindersterblichkeit die Militärtauglichkeit der Bevölkerung eine bessere, die Tuberkulose weniger häufig sei.

Die hohe Kindersterblichkeit wirkt also nicht selektorisch und in der Praxis hat sich nirgends bei erfolgreicher Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine größere Mortalität im späteren Kindesalter, ein Abnehmen der Militärtauglichkeit oder eine Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit gezeigt.

Keller.

Budin P. *La mortalité infantile de 0 à 1 an.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 6 und 7, und L'obstétrique, VIII. Bd., S. 1.)

Die in dieser Arbeit niedergelegten statistischen Erhebungen wurden von Budin im Auftrage der „Commission de la Dépopulation“ angestellt und bringen aufs neue den Beweis für die enorme Säuglingssterblichkeit in Frankreich. Jährlich sterben durchschnittlich 134.434 Kinder im ersten Lebensjahre und die Zahl der Geburten übertrifft nur um ein Geringes diejenige der Sterbefälle. Budin beschäftigt sich nun in sehr eingehender Weise mit den für die Säuglingsmortalität in Betracht kommenden allgemeinen Fragen, ferner mit den mannigfachen Ursachen und den Mitteln, um Abhilfe zu schaffen. Es seien zunächst nur einige besonders wichtige Zahlen aus den durch zahlreiche Tabellen illustrierten Berechnungen hervorgehoben: Unter 1000 Todesfällen aller Altersstufen entfielen im Mittel 167 (in einzelnen Städten aber wesentlich mehr, z. B. Dünkirchen, Saint-Pol-sur-Mer mit 342 und 509) auf Kinder im ersten Lebensjahre. Ueber die Ursachen gibt folgende Tabelle Aufschluß, deren Zahlen auch nur die Durchschnittsmortalität pro 1000 im ersten Lebensjahre verstorbener Kinder angeben:

Magendarmstörungen	384.7	‰
(in Boulogne sur Mer und Troyes sogar 516 und 682)		
Erkrankungen der Respirationsorgane	147.3	„
Debilitas vitae cong.	170.8	„
(subnormale Temperatur, Frühgeburten, angeborene Krankheiten u. dgl.)		
Tuberkulose	24.7	„
Infektionskrankheiten	49.6	„
Sonstige Ursachen (Ernährung, Alkoholismus der Eltern)	222.9	„

Die höchsten Mortalitätsziffern entfallen auf die Monate Juli, August und September; es starben fünfmal mehr künstlich genährte als Brustkinder, doppelt soviel uneheliche als ehelich geborene. Nach diesen außerordentlich interessanten Angaben, deren ausführliche Darstellung im Original nachzulesen ist, gibt Budin einen ebenso bemerkenswerten Ueberblick über die zahlreichen Mittel, der ungeheuren Säuglingssterblichkeit zu steuern. Es kommen hiefür außer den ärztlicherseits zu versuchenden Maßnahmen, welche sich namentlich auf die Prophylaxe, bzw. die Bekämpfung der oben genannten Ursachen beziehen, auch die Einrichtung der „Gouttes de lait“ und der vom Verfasser ins Leben gerufenen „Consultations de nourrissons“, in welcher die Säuglinge wöchentlich gewogen, untersucht und nötigenfalls auch behandelt werden, die private, städtische und staatliche Fürsorge in Betracht, wie sie in Gestalt zahlreicher Einrichtungen und Institute zur Pflege der Wöchnerin und des Kindes schon an vielen Orten mit gutem Erfolge in Tätigkeit sind. Es seien unter diesen nachahmenswerten Einrichtungen nur hervorgehoben die „Société de Charité maternelle“, die „Association de femmes en couches“, die „Société de l'allaitement maternel“, die „Asiles de convalescence“ und die „Laiteries philanthropiques“ Rothschilds; sie alle dienen, jedes in seiner Art, dem einen guten Zwecke, doch würde es zu weit führen, hier auf Einzelheiten ihrer Wirkungsweise näher einzugehen. Im Vereine mit diesen verschiedenen Maßregeln sind gleichzeitig die Pflegekinder und die schwächlichen oder früh geborenen Säuglinge zu überwachen, die Wöchnerinnen eine Zeitlang von der Arbeit zu befreien, Krippen für die Kinder der arbeitenden Mütter einzurichten, die Milchversorgung sorgfältigst durch die Behörden zu kontrollieren und endlich genaue Erhebungen in den Bezirken anzustellen, wo die Mortalität auffällig hohe Ziffern erreicht. Durch alle diese Maßnahmen wird es gelingen, die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre herabzusetzen.

Brüning (Leipzig).

Arthur Keller. *Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge.* (Zentralblatt f. allgemeine Gesundheitspflege, XXII. Bd., S. 177.)

Unter 100 Kindern, welche im ersten Lebensjahre sterben, finden sich mindestens 70 bis 80, bei denen eine Ernährungsstörung die unmittelbare oder mittelbare Todesursache darstellt. Die Bestrebungen auf dem Gebiete der Ernährungstherapie gehen zwei

Wege, sie gehen darauf aus, die künstliche Ernährung möglichst einzuschränken oder sie zu verbessern. Der erste Weg ist der zuverlässigere und die Bemühungen bringen, wie in den „Consultations de nourrissons“, sicher Erfolg. Will die Wohlfahrtspflege eingreifen, so ist zu berücksichtigen, daß als Ursachen der Ernährungsstörungen nebeneinander in Betracht kommen: Fehler in der Technik der Ernährung, unzweckmäßige Wahl der Nahrung und mangelhafte Beschaffenheit derselben. Beschaffung und Verteilung von einwandfreier Säuglingsmilch ist eine unzureichende Maßnahme, weil der ärztliche Rat bei der Wahl der Nahrung und Unterweisung der Mutter in der Technik der Ernährung mindestens ebenso notwendig ist; sie bringt noch in gewissem Sinne eine Gefahr mit sich, weil dadurch die künstliche Ernährung gegenüber der natürlichen einseitig unterstützt wird.

Einzelne Einrichtungen der Säuglingsfürsorge sind bereits praktisch erprobt, so daß für die weitere Organisation die dort gemachten Erfahrungen nutzbar gemacht werden können. Ueber die „Consultations de nourrissons“, die „Gouttes de lait“, die „Oeuvres philanthropiques du lait“, die Säuglingsheime ist in dieser Monatsschrift bereits vielfach berichtet worden. Der Dienst in der Poliklinik der Breslauer Universitätsklinik wird kurz besprochen.

Auch über die in diesen Anstalten erzielten Erfolge liegt bereits eine umfangreiche Literatur vor, wenn auch die aufgestellten Statistiken häufig nur ein ungenügendes, zuweilen trügerisches Bild von der Wirksamkeit der Wohlfahrtseinrichtungen geben.

Die zahlreichen populären Schriften über Säuglingshygiene und -Ernährung sind, besonders für die arme Bevölkerung, fast ohne Nutzen. Aus dem Munde des Arztes soll die Mutter die notwendige Belehrung erhalten. Für die armen Bevölkerungsklassen sind Säuglingspolikliniken zu gründen, in denen gesunde und kranke Kinder, wenn möglich schon von den ersten Lebenstagen an, in regelmäßiger Beobachtung bleiben und welche auch die Aufsicht über die Ziehkinder führen. Die Frauen, welche selbst stillen, sollen materielle oder pekunäre Unterstützung erhalten und dies umso mehr, wenn Ersatzmittel der Frauenmilch zu niedrigen Preisen oder gratis verabreicht werden. Die notwendige Ergänzung der Poliklinik wird vom Säuglingsheim gebildet, welches gleichzeitig Säuglingskrankenanstalt, Asyl für Wöchnerinnen, Ammenvermittlungsbureau, Schule für Mütter und Pflegerinnen sein sowie der Ausbildung der Aerzte auf dem vielfach vernachlässigten Gebiete der Säuglingsheilkunde dienen soll. Auch die praktische Durchführung des Tuberkuloseschutzes menschlicher Säuglinge, wie sie v. Behring in Aussicht stellt, würde zweckmäßig den Säuglingsheimen überwiesen werden.

Selbstbericht.

Marfan. *Organisation d'un enseignement médical en vue de combattre la mortalité des enfants du premier âge, rôle des consultations de nourrissons dans cet enseignement. (Rapport présenté à la Ligue contre la mortalité infantile.)* (Revue philanthropique, 10 février 1903.)

Im Kampfe gegen die Säuglingsmortalität spielt die Belehrung der Mutter in Fragen der Säuglingsernährung die größte Rolle. Zu diesem Zwecke ist die Verteilung gedruckter Instruktionen unzureichend, erforderlich ist die mündliche Raterteilung vonseiten der Aerzte oder Hebammen. So wie die Verhältnisse aber zur Zeit liegen, ist die Ausbildung der Aerzte und der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsernährung absolut ungenügend. In Frankreich (ebenso wie in Deutschland) fehlt den Studenten Gelegenheit, gesunde Säuglinge, gesunde und kranke Brustkinder zu beobachten. Das Material der Entbindungsanstalten, der Krippen und Kinderkliniken ist beim besten Willen des Lehrers nicht dazu geschaffen, einen Unterricht in Fragen der Säuglingsernährung zu gestatten.

In diese Lücke sollen die „Consultations de nourrissons“, deren Leistungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge Verf. voll und ganz anerkennt und deren Organisation er kurz erörtert, eintreten, welche den Aerzten und Hebammen Gelegenheit zur speziellen Ausbildung in Kinderernährung geben.

Marfan plaidiert für die Gründung eines „Institut d'hygiène et des maladies des nourrissons“, erwartet allerdings von vornherein kein Entgegenkommen vonseiten der Fakultät: zum mindesten solle der Dienst in einer „Consultation“ für Mediziner und für Hebammen-schülerinnen obligatorisch sein.

Keller.

Variot. *L'avenir des gouttes de lait.* (Archives de médecine des enfants, VI. Bd., S. 209).

Verf. hat in früheren Arbeiten die Bezeichnungen „Consultation de nourrissons“ und „Goutte de lait“ stets als Synonyma gebraucht. Das Ziel ist das gleiche, ob man nun einmal die ärztliche Ueberwachung der Kinder oder anderseits die Verteilung der Milch in den Vordergrund stellt. Beides ist notwendig, eins ohne das andere unvollständig. Die Befürchtung, daß durch die Verteilung von Säuglingsmilch der Ausbreitung des Selbststillens entgegengearbeitet wird, vermag Verf. nicht zu widerlegen.

In Paris gibt es zwei Typen von Säuglingsambulanzen, die eine, welche in Zusammenhang mit den Entbindungsanstalten von Budin als „Consultation de nourrissons“ eingerichtet worden ist, die andere, welche in den Faubourgs, speziell in den Polikliniken für kranke Kinder, entstanden ist. In der Natur des Materials, nicht in der Organisation des ärztlichen Dienstes liegt der Unterschied zwischen beiden Einrichtungen. In der „Consultation“ werden nur die Kinder weiter beobachtet, welche in der betreffenden Anstalt geboren sind und deren Mütter von Anfang an bestimmte Weisungen bezüglich der Ernährung und Hygiene des Säuglings erhalten haben. Die „Gouttes de lait des Dispensaires“ sind für jedermann offen und dienen für gesunde wie für kranke Kinder. Es ist selbstverständlich, daß die Klientel in überwiegender Mehrzahl aus künstlich genährten Kindern besteht, da die Brustkinder erheblich seltener erkranken und gesund nicht vorgestellt werden.

Unter den gegenwärtigen Umständen ist also die „Goutte de lait“ eine „Schule der künstlichen Ernährung“.

Keller.

Kruse. *Entartung.* (Zeitschrift für Sozialwissenschaft 1903, VI. Bd., 6. Heft.)

Von allen Beweismitteln, welche über das angebliche Fortschreiten der Degeneration ein Urteil gestatten, ist das zuverlässigste die Sterblichkeitsstatistik, und diese zeigt uns, so weit Aufzeichnungen vorliegen, eine Abnahme der Sterblichkeit in allen Altersklassen, mit Ausnahme des Säuglingsalters. Vor allem spricht auch die Tatsache, daß die Todesfälle an chronischen Infektionen, Tuberkulose und Ernährungsstörungen abgenommen haben, dafür, daß die Widerstandsfähigkeit der heutigen Generation im Gegenteil zugenommen hat.

Bezüglich der Säuglingssterblichkeit wendet sich auch Kruse gegen die Theorie der Auslesewirkung, welche direkt widerlegt sei. Die Säuglingssterblichkeit ist eine Frage der Ernährung und auf diesem Wege zu bekämpfen. Die Unfähigkeit der Frauen zum Stillen, welche Verf. doch noch für einzelne Gegenden als tatsächlich bestehend anerkennt und welche als ein Zeichen der Entartung aufgefaßt werden könnte, hat mit der Höhe des Kulturzustandes nichts zu tun, sondern es kommen landschaftliche Eigentümlichkeiten dabei in Frage.

Keller.

Besprechungen.

A. Jacobi. *Therapeutics of Infancy and Childhood, III. Ed. (Die Therapie des Säuglingsalters und der Kindheit, 3. Aufl.)* (Lippincott, Philadelphia, 1903.)

Nach fünf Jahren ist die dritte Auflage dieses beliebten Handbuchs erschienen. Der Verf. bekennt, daß, die Ernährungsfrage ausgenommen, in diesem Lustrum keine bemerkenswerten Neuigkeiten in der Kinderheilkunde zu erwähnen sind. (In der Sache der Barlow'schen Krankheit z. B. ist man hier schon seit Jahren auf dem Standpunkte, der erst jetzt in Deutschland allgemein anerkannt wird.) Die hauptsächlichsten Aenderungen befinden sich demnach in dem Abschnitte über die künstliche Ernährung, der sich in den modernen Anschauungen bewegt, ohne die alten Erfahrungen, bei denen der Verf. selbst so viel beigetragen hat, zu verwerfen. Die Empfehlung des Pasteurisierens der Milch bei möglichst niedriger Temperatur (60° C.) ist eine Anlehnung an die neue Bewegung, dem Kinde eine rohe, bakterienarme Milch darzureichen.

Weitere Aenderungen sind weniger erheblich; der klare bündige Stil, sowie die einer reichen Erfahrung entstammenden therapeutischen Empfehlungen, dabei das Weglassen aller theoretischen Weitschweifigkeit wird auch in dieser Auflage bei praktischen Ärzten und Studierenden Anerkennung finden.

Wachenheim (New-York).

Eduard Henoch. *Vorlesungen über Kinderkrankheiten.* (XI. Auflage, Berlin, 1903. Verlag von August Hirschwald.)

Von dem Henoch'schen Handbuche, welches wohl allen Lesern der Monatsschrift bekannt sein dürfte, liegt die XI. Auflage vor, welche im großen und ganzen wenig Neuerungen bringt; im Gegenteil gewinnt man den Eindruck, als ob die Ergebnisse der neueren Forschungen zu wenig Berücksichtigung finden. Das Prinzip, in einem Lehrbuche nur möglichst sichere Tatsachen vorzulegen, ist durchaus anzuerkennen, aber die Grenzen erscheinen vielfach zu eng gezogen. Man braucht übrigens die Resultate der „wissenschaftlichen“ Forschung gegenüber der ärztlichen Erfahrung nicht zu überschätzen, aber man darf sie auch nicht unterschätzen.

Der Hauptvorteil des Henoch'schen Werkes ist stets der gewesen, daß darin in erster Linie die persönlichen Erfahrungen des Autors zum Ausdruck kommen. Und bei der Vielseitigkeit der überreichen ärztlichen Tätigkeit, bei der Bedeutung Henochs als Kliniker ist es erklärlich, daß jeder Leser Anregung und Belehrung findet, aber es ergibt sich daraus auch die notwendige Folge, daß einzelne Kapitel, denen der Verf. weniger Interesse zugewendet hat, weniger gut bearbeitet sind.

Das Handbuch wird Aerzten und Studierenden stets ein zuverlässiger Berater bleiben.

Keller.

A. Muggia. *Nutrice e lattante.* (Torino 1903. Lattes e Co. Pag. 259. L. 3.—.)

Ein praktischer Führer für Ernährung und Erziehung des Kindes auf Grund solider wissenschaftlicher Prinzipien in populärer Form zum Gebrauch der Mütter.

Dotti (Florenz).

G. Guidi. *Igiene del bambino. Guida alle madri per bene allevare i loro piccoli figli.* (3a Ediz. Milano, 1903. Dr. Fr. Vallardi. Pag. 212. L. 2·50.)

Unter den vielen derartigen Handbüchern für Mütter scheint das Buch des Verf.'s, das schon die dritte Auflage erreicht hat, seinem Zwecke am besten zu entsprechen. Erweitert sind die Abschnitte über Ernährung des Kindes, in denen die neuesten Verhaltensmaßregeln und Prinzipien auch Müttern leicht zugänglich gemacht werden.

Dotti (Florenz).

R. Guaita. *L'igiene nella scuola e nella famiglia.* (Milano, 1903. Casa Editrice E. Trevisini. Pag. 300. L. 2·50.)

Dotti (Florenz).

INHALT. Originalmitteilungen. *Hohlfeld.* Ueber das Vorkommen der tuberkulösen Meningitis im Säuglingsalter 237. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Frank.* Temperaturmessung und Fiebergrenze 238. — *Schlesinger.* Autolytische Prozesse 239. — *v. Pirquet und Schick.* Theorie der Inkubationszeit 239. — *Spiridonoff u. Nedensky.* Therapeutische Verwendung des Knochenmarks 240. — *Rosenau.* Verunreinigung der Vaccine 241. — *Wahrer.* Studium der Kinderheilkunde 242. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung.** *Schule.* *Cook.* Wachstum und Pflege der Kinder 242. — *Becker.* Lebensalter beim Eintritt in die Volksschule 242. — *Stepanoff.* Gewichts- und Längenwachstum bei Schulkindern 242. — *Sobel.* Hautkrankheiten bei Schulkindern 244. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Bar. Graham. Mastin. Boot. Cotton. Snyder. Tuley. Mc. Alister. Davis. Hamill. de Rothschild. Grelley.* Fischl. Säuglingsernährung 244, 245, 246. — *Carel.* Sterilisierte Milch 246. — *Lainey.* Milchsekretion 246. — *Cohnheim und Soetbeer.* Magensaftsekretion 248. — *Colombani.* Ueberernährung 248. — *Sommerfeld.* Roborat 249. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Hektoen. Swoboda.* Zwergwuchs 249, 250. — *Variot.* Achondroplasia 250. — *Lindemann.* Osteogenesis imperfecta 250. — *Neurath.* Rhachitis 250. — *Latour.* Skorbut 251. — *Delcourt. Guinon. Guinon und Laurent.* Barlow'sche Krankheit 251. — *Nauwelaers.* Arthritismus 251. — *Frölich.* Diabetes mellitus 252. — *Oliveira.* Septikämie 253. — *Morse.* Milzvergrößerung und Anämie 254. — *Efron.* Angeborene idiopathische Herzhypertrophie 254. — *Gutkind.* Angeb. Herzfehler 255. — *Blum.* Endokarditis 256. — *Todt.* Akute gelbe Leberatrophie 256. — *Burckhardt.* Paroxysmale Hämoglobinurie 256. — *Geldern.* Dysthyreosis 257. — *Leubuscher.* Thymushypertrophie 258. — *Diehl.* Blähhals 258. — *Meynier.* Produktion sottomlinguale 258. — *Stillman.* Sclerema neonatorum 259. — *Volhard.* Dystrophien und Trophoneurosen der Haut 259. — *Probst.* Fortschreitende Verblödungsprozesse 259. — *Augier und Lavrand.* Pseudobulbärparalyse 260. — *Chizunoff.* Polyneuritis acuta ascendens 261. — *Collins.* Friedreich'sche Ataxie 261. — *Wollenberg.* Vergiftung mit chloresaurem Kalii 262. — *Schreiner.* Keuchhustenbehandlung 262. — *Mygind.* Lupus 263. — *Hagenbach-Burckhardt.* Pemphigus contagiosus 263. — *Gillet.* Strophulus postvaccinalis 263. — *Salomon.* Gelenksentzündungen durch Pneumokokken 264. — *Guimaraes.* Influenza 264. — *v. Ranke. Tiliß.* Noma 264. — *Josias.* Serumtherapie des Typhus 265. — *Beard.* Diphtherie 265. — *Bandi.* Diphtherieserum 265. — *Gerlach.* Tod nach Antidiphtherieserum-Injektion 265. — *Bussalla.* Dekanülelement 266. — *Günther.* Scharlach-epidemie 266. — *Hermann.* Nekrose des Warzenfortsatzes nach Scharlach 267. — *Méry und Hallé.* Ulceröse perforierende Angina bei Scharlach 267. — *Chance.* Orbitalphlegmone bei Scharlach 267. — *Hinschelwood. Ostheimer. Salomon.* Lues 267, 268. — *Marfan.* Milzhypertrophie bei hereditärer Lues 268. — *Grünwald. Hajek. Alexander.* Ozaena 269. — *Southworth.* Akute eitrige Adenitis 270. — *Kirmisson.* Angiom 270. — *Lenhart.* Empyem 271. — *Chiari.* Angeborene Darmatresie 271. — *Rutherford.* Darminvagination 271. — *Taylor.* Angeborene Hernie 271. — *Otto.* Atresia hymenalis congenita 271. — *Laenguer.* Angeborene Geschwülste der Steißbeingegend 272. — *Grunert.* Herniotomien 272. — *Dsirne.* Blasensteinoopera-

tionen 273. — *Kredel*. Volvulus 273. — *Zondek*. Bauchaktinomykose 273. — *Rutherford*. Angeborene Deformitäten 273. — *Alvarez*. Multiple Knochendiffomitäten 274. — *Broca*. Klumpfuß 274. — *Martin*. Paralytische Luxationen 274. — *Redard*. *Heusner*. Hüftgelenksluxation 275. — *Cumston*. Angeborene Schulterluxation 275. — *Springer*. Sehnenüberpflanzung 275. — *Arnd*. *Wohrizek*. *Coudray*. *Wullstein*. Skoliose 276, 277, 278. — *Ritschl*. Etappenverbände 279. — Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge. *Maas*. Bericht aus H. Neumanns Poliklinik 279. — *Baseler Kinderheilstätte in Langenbruck*. 279. — *Jambon*. Wohlfahrtspflege für Wöchnerinnen in der Bretagne 280. — *Prinzing*. *Budin*. *Keller*. Säuglingssterblichkeit 281, 282. — *Marfan*. *Variot*. Consultations de nourrissons 283, 284. — *Kruse*. Entartung 285. — **Besprechungen**. *Jacobi*. Therapie des Säuglings- und des Kindesalters. 285. *Henoch*. Vorlesungen über Kinderkrankheiten 286. — *Muggia*. Nutrice e lattante 286. — *Guidi*. Igiene del bambino 286. *Guaita*. L'igiene nella scuola e nella famiglia 286.

Druckfehler-Berichtigung.

In meinem Berichte über die Arbeit Prof. Myas „Ueber die Formen der Laryngealstenose infolge Injektion von antidiphtherischem Serum“ (Bd. II dieser Monatsschrift, Seite 225 bis 226) ist fälschlich das Wort „Sublinguale“ anstatt „hypoglottische“ gesetzt, u. zw. in den Zeilen 47 und 48 auf Seite 225 und Zeile 12 und 32 auf Seite 226.

Dotti (Florenz).

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby Czerny Johannessen Marfan Mya
Manchester Breslau Kristiania Paris Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

September

Band II. Nr. 6.

Nekrolog.

Am 1. August verschied jäh und unerwartet Dr. Konrad Gregor, welcher länger als sieben Jahre als Assistenzarzt der Breslauer Universitäts-Kinderklinik angehörte. Er zählte mit zu den Besten der Breslauer Schule, der er mitten aus seiner erfolgreichsten Tätigkeit entrissen wurde. Ununterbrochen wissenschaftlich tätig, bereicherte er die Kinderheilkunde mit einer großen Reihe wertvoller Publikationen, die es gerechtfertigt erscheinen lassen, seiner an dieser Stelle zu gedenken. Nicht nur die Breslauer Schule, sondern die gesamte Pädiatrie verliert in ihm einen ausgezeichneten geistreichen Mitarbeiter und Forscher.

Die Vielseitigkeit seiner Tätigkeit geht aus dem nachstehenden Verzeichnisse seiner veröffentlichten Arbeiten hervor.

1. Untersuchungen über die Verdauungsleukocytose bei magendarmkranken Kindern. Archiv f. Verdauungskrankheiten.

2. Zur Therapie der chronischen Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 48. Bd.

3. Ueber Erfolge künstlicher Ernährung magendarmkranker Säuglinge in der Poliklinik. Deutsche med. Wochenschrift 1898.

4. Untersuchungen über den Ammoniakgehalt des Blutes bei der experimentellen Säurevergiftung. Zentralblatt f. allgem. Pathologie, 10. Bd.

5. Ein Fall von angeborener Mißbildung der Luftröhre. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 49. Bd.

6. Zur Behandlung der Folliculitis abscedens der Säuglinge. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1900.

7. Ueber einen bei innerlicher Anwendung von Pyramidon im Harne auftretenden roten Farbstoff. Therap. Monatshefte 1900.

8. Ueber die Berechtigung des Aderlasses bei Säuglingen zu therapeutischen Zwecken. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 52. Bd.

9. Kasuistischer Beitrag zur Frage der erregenden Wirkung des Alkohols. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 52. Bd.

10. Ueber die Verwendung des Mehles in der Säuglingsernährung. Archiv f. Kinderheilkunde, 29. Bd.

11. Ueber die Verwendung des Leims in der Säuglingsernährung. Zentralblatt f. innere Medizin 1901.

12. Ein bemerkenswerter, seinem Ursprunge nach nicht aufgeklärter Auskultationsbefund bei einem Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr. 1901.

13. Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. Volkmann'sche Vorträge 302.

14. Ueber Muskelspasmen und Muskelhypertonie im Säuglingsalter und ihre Abhängigkeit von der Ernährung. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurologie 1901.

15. Untersuchungen über die Atmungsgröße des Kindes. Archiv f. Anatomie u. Physiologie 1902.

16. Die Entwicklung der Atemmechanik im Kindesalter. Anatomischer Anzeiger, 22. Bd.

17. Untersuchungen über die Atembewegungen des Kindes. Archiv f. Kinderheilkunde, 35. Bd.

18. Ueber Atmungsanomalien im Kindesalter. Verhandl. d.

19. Versammlung d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde 1902.

19. Ueber die Unschädlichkeit großer Mengen von Thyreoidea an Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, Bd. 1.

Czerny.

Dysenterische Leberabszesse bei Säuglingen.

Von Olinto de Oliveira,

Prof. a. d. pädiatrischen Klinik der Fakultät von Porto Alegre (Brasilien).

(Der Redaktion zugegangen am 25. Juli 1903.)

Bekanntlich kommen Leberabszesse bei Kindern sehr selten vor. Außerdem wird allgemein die Ansicht vertreten, daß die Hepatitis suppurativa des Kindesalters in den meisten Fällen durch Traumen, Septikämie, Tuberkulose etc. hervorgerufen wird, während gerade die Dysenterie, welche bei den Leberabszessen der Erwachsenen als ursächliches Moment eine Hauptrolle spielt, kaum in Betracht kommt. Oddo¹⁾ z. B. steht in seiner neuesten Arbeit über diesen Gegenstand noch ganz auf diesem Standpunkte und stützt sich auf neue Beobachtungen, welche zur Bestätigung herangezogen werden (Zancarse, Vassalopoulos).

Seit Veröffentlichung seiner Studie wurden in der pädiatrischen Literatur wieder neue Fälle von Hepatitis suppurativa publiziert, als deren Ursache immer wieder Traumen oder Tuberkulose (ein zweiter Fall von Morquio) in Anspruch genommen wird.

¹⁾ Traité des maladies de l'enfance, de Grancher, Comby et Marfan.

In einer zusammenfassenden Arbeit, welche aus der Feder Ambergs (Baltimore)²⁾ stammt, wird wiederum die Seltenheit des dysenterischen Leberabszesses bei Kindern hervorgehoben und betont, daß nicht mehr als 12 Fälle in der Literatur aufzufinden sind. Unter diesen waren nur zwei, welche die Infektion überstanden.

Im Gegensatz zu solchen Angaben behauptet Legrand (Alexandria) in einem im Dezember 1902 gelegentlich des ägyptischen Kongresses gehaltenen Vortrage, daß die Dysenterie für das Entstehen des Leberabszesses bei Kindern ein ebenso häufiges ätiologisches Moment abgibt, wie die sonst angeführten Ursachen einschließlich der Traumen. Unter 109 Fällen, wovon 12 unveröffentlicht blieben, war 31mal die Dysenterie (*nostras* oder *tropica*) nachzuweisen gegenüber 26 traumatischen.

Nach dieser Zusammenstellung wurde ein neuer Fall von dysenterischem Abszeß von Arnott³⁾ publiziert. Es handelte sich um ein anämisches, tuberkulöses Kind von 2½ Jahren, welches wegen vernachlässigter Dysenterie ins Spital gebracht wurde. Zwei oder drei Wochen nach eingetretener Besserung stellte sich wieder Fieber ein, veranlaßt durch einen Leberabszeß. Bei der Incision wurden 350 g Eiter entleert, Fiebernachlaß, Besserung des Allgemeinbefindens. Zwei Tage nachher trat aber eine Meningitis tuberc. auf, welcher innerhalb sechs Tagen das Kind erlag.

In meiner eigenen Klinik (Hôpital de la Charité in Porto Alegre) hatte ich nur dreimal Gelegenheit, die Diagnose Hepatitis dysenterica zu stellen, und dies im Verlaufe von 12 Jahren. Die Krankengeschichten dieser drei Fälle will ich mit einigen Bemerkungen im folgenden mitteilen, als Beitrag zum Studium dieser interessanten Affektion.

Dysenterie kommt in Porto Alegre so häufig vor, daß sie ein Zwölftel der jährlichen Kindersterblichkeit in der pädiatrischen Klinik ausmacht. Darunter sind im weitesten Sinne alle Krankheitsformen verstanden, welche das gemeinsame Charakteristikum in schleimigen oder eitrigen, in variabler Menge mit Blut untermischten Dejektionen, verbunden mit Tenesmus besitzen, seien es akute oder chronische, fieberhafte oder apyretische Affektionen. Diese Gruppe umfaßt demnach die primären oder sekundären Kolitiden und Enterokolitiden der französischen Autoren, die Enteritis follicularis der deutschen und die bazilläre Dysenterie, sei es, daß letztere auf den Bazillus von Shiga, oder auf die Bazillen von Chantemesse, Kruse, Flexner, Celli, Roger, Hiss etc. zurückgeführt wird.

Bekanntlich haben die sehr zahlreichen interessanten Untersuchungen, welche in letzterer Zeit über die Pathogenese der akuten oder epidemischen Dysenterie angestellt wurden, keineswegs zu einem definitiven Abschlusse geführt. Die Fragen hinsichtlich der

²⁾ Bull. of John Hopkins Hosp., 1901, XII. 355.

³⁾ British Medical Journal, 24. Jänner 1903.

Spezifität dieser Bazillen, ihrer übereinstimmenden und differenten kulturellen Charaktere, hinsichtlich ihrer Beziehungen zu *Bacillus coli* und *typhosus* oder anderen Mikroorganismen haben die Forschung mehr und mehr kompliziert, derart, daß die mühsame Laboratoriumsarbeit sehr häufig in keinem Verhältnis zu den erlangten Ergebnissen steht. Außerdem weiß man, daß die klinischen Charakteristika der verschiedenen Affektionen keineswegs für die Diagnosestellung hinreichen, namentlich wenn nicht das Bestehen einer Epidemie die Sache erleichtert. Man nimmt unleugbar selbst in den neuesten und sorgfältigsten Arbeiten eine gewisse Verwirrung wahr, und gerade die letzten Untersuchungen von Duval und Basset⁴⁾, von Hiss und Russel⁵⁾, welche den *Bazillus Shiga* in Fällen von infantilen Enteritiden nachwiesen, sind dazu geeignet, die Konfusion noch zu steigern. Diese Momente werden es gerechtfertigt erscheinen lassen, wenn ich die nachfolgenden Krankengeschichten unter einem gemeinsamen Titel vereinige, wobei ich bemerke, daß die Amöben-Dysenterie gerade am wenigsten von allen definiert ist, trotz der Diskussionen, die über diesen Gegenstand geführt worden sind. Diese eigentümliche Krankheitsform ist bei uns nicht sehr selten, besonders bei Kindern von 3 bis 10 Jahren; die Sterblichkeitsziffer beträgt jährlich im Mittel 30 Fälle.

Wohlan! Trotz des überaus häufigen Vorkommens dysenterischer Krankheitsformen in unserer Stadt habe ich unter ungefähr 30.000 Krankheitsbeobachtungen seit 1890 nicht mehr als die drei nachfolgenden Fälle von dysenterischem Leberabszeß gesehen. Nun ist aber, trotzdem die Stadt in der südlichen Breite von 30 Grad, also außerhalb der tropischen Zone gelegen ist, die Hepatitis suppurativa keineswegs selten bei Erwachsenen; im Mittel kommt in der Klinik der Charité ein Fall auf 500 Kranke von jeder Art. Daraus geht also hervor, daß meine Zahlen mit den Angaben anderer Beobachter übereinstimmen und wieder die außerordentliche Seltenheit des dysenterischen Leberabszesses im Kindesalter bestätigen.

Mein erster Fall stammt zwar aus älterer Zeit, wurde aber bisher nicht veröffentlicht. Die Beschreibung desselben ist sehr unvollständig, weil zu seiner Zeit noch kein geregelter Spitalsdienst bestand. Immerhin ist er doch hinlänglich bemerkenswert, um, ungeachtet der dürftigen Angaben, an dieser Stelle seinen Platz zu finden.

Fall I.

Enteritis dysenteriformis. Leberabszeß mit Durchbruch in den Darm. Heilung.

Ein fünf Monate altes Kind wurde im Februar 1893 ins Ambulatorium gebracht, mit Verdauungsstörungen infolge schlechter Nahrung.

Die Affektion charakterisiert sich durch häufige schleimige Stühle mit Tenesmus; bisweilen mit Blut untermischter Schleimabgang. Die

⁴⁾ Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infektionskr., 1903, XXXIII., Nr. 1.

⁵⁾ Medical News, New-York, 1903, 7. Febr., Höchst interessante Studie über das vergleichende Studium ähnlicher Bazillenformen.

Behandlung bewirkt eine langsam fortschreitende Besserung und nach einigen Wochen scheint sich schon Reparation einzustellen, als sich auf einmal das Befinden des Kindes von neuem verschlimmert. Wiederkommen des Fiebers mit abendlicher Exazerbation, wiederholtes Erbrechen, Diarrhöe, außerordentliche Leberschwellung. In wenigen Tagen erreicht die Leber die Fossa iliaca und überschreitet den Nabel; ihre Oberfläche ist glatt, der Rand sehr verdickt, Druck sehr schmerzhaft, es ist unmöglich, eine besonders schmerzhaft Zone abzugrenzen, ebensowenig läßt sich eine Konsistenzveränderung nachweisen. Allgemeinbefinden sehr schlecht, Kompressionsdyspnoë, am Thorax nichts nachweisbar. Unter der Voraussetzung, daß es sich um eine Hepatitis supp. handle, schlage ich die Explorativpunktion vor für den nächsten Tag und verschrieb eine gute Dosis von Kalomel. Das Laxans bewirkt zahlreiche grünliche Entleerungen. Beim siebenten Stuhlgang verändern sich plötzlich die Entleerungen — sie bestehen aus einer reichlichen Masse von gelbem Eiter, der fast ohne Unterlaß abfließt, und sich allmählich verringert. Das Fieber ist gleichzeitig geschwunden und kehrt nur flüchtig und wenig intensiv wieder. Die Entleerung modifiziert sich, die Leber verkleinert sich, Besserung des Allgemeinbefindens. Nach 16 Tagen kann das Kind sowohl hinsichtlich der Enteritis als Hepatitis als geheilt angesehen werden. Leider konnte ich keine Untersuchung des Eiters vornehmen, da wir damals noch kein Laboratorium besaßen.

Es ist klar, daß es sich hier um eine bedeutende Schwellung des Organs handelte, welche mit einer Perforation, wahrscheinlich ins Colon transversum, endigte. Ein sehr seltener Ausgang, der namentlich dann glücklich abläuft, wenn sich der Eiter in den Darm entleeren kann.

Der zweite Fall wurde kürzlich bei einem 17monatlichen Mädchen beobachtet, dessen Affektionen unter ganz ähnlichen Erscheinungen verliefen.

Fall II.

Enteritis dysenteriformis. Leberabszeß. Operation.
Heilung.

Luiza, 17 Monate alt, kam zum erstenmale am 15. Dezember 1902 ins Ambulatorium. Gesundheitszustand bisher vortrefflich. Seit drei Tagen intensives Fieber (40°), Abgeschlagenheit, Unterleib gespannt und druckempfindlich; ziemlich zahlreiche blutige und schleimige Stühle mit Tenesmus. Trotz eingeschlagener Therapie dauert der Zustand fast gleichmäßig während 10 bis 12 Tagen fort; nachher nimmt das Fieber ab und hält sich weniger konstant. Dejektionen werden seltener, Besserung des Allgemeinzustandes, worauf das Kind nicht mehr ins Ambulatorium gebracht wird. Einige Tage später steigt das Fieber neuerdings an, mit intermittierendem Typus, verbunden mit Schweißausbrüchen. Das Kind wird an der Mutterbrust genährt und bekommt auch Gersten- und Haferdekokt; man beobachtet aber Appetitabnahme und zusehenden Verfall der Kräfte, die Entleerungen wurden wiederum schleimig und blutig.

Stat. pr. Pat. ziemlich blaß und schwach, mager, unwilliger Stimmung. Haut und sichtbare Schleimhäute verfärbt, Haarwuchs spärlich, die Augen trüb, die Skleren bläulich-weiß, keine ikterische Verfärbung. Frequente unausgiebige Respiration. Rektaltemperatur 38.9°. Am Thorax nichts Abnormes, ebensowenig am Herzen, Puls 148, schlaff und klein; Respiration: 46mal in der Minute. Zunge feucht, mit etwas bräunlichem Schleim bedeckt, Dentition normal. Nichts Abnormes im Pharynx.

Bei der Untersuchung des Abdomens fällt sofort eine Prominenz im Epigastrium auf, verursacht durch einen kugelförmigen Tumor, der an der Oberfläche der hypertrophischen Leber lokalisiert ist. Ich konstatiere, daß dieser Tumor etwas weich, eindrückbar und druckempfindlich ist. Die Haut darüber von normalem Aussehen, kaum einige Venen sichtbar,

welche gegen den Thorax ziehen, verschieblich. In der Chloroformnarkose läßt sich nachweisen, daß der Tumor ganz sicher der Leber angehört und am unteren Rande derselben lokalisiert ist, gegen die Rippen zu; die Grenzen verlieren sich an der Oberfläche des Organs und reichen mehr nach links. Das Gesamtvolumen des Tumors kommt einer kleinen Orange gleich; Fluktuation ganz deutlich.

Die Leber ist stark hypertrophisch; in der rechten Mammillarlinie reicht sie von der fünften Rippe um 7 cm über den Rippenrand; in der Medianlinie findet man ihren unteren Rand in der Höhe des Nabels, 10 cm unterhalb des Schwertfortsatzes; links reicht der Rand in der Mammillarlinie bis zum Rippenbogen. Im übrigen ist die Oberfläche glatt und von normaler Konsistenz; Druckschmerzhaftigkeit scheint auch an den von der Prominenz entfernten Stellen zu bestehen. Der Rand deutlich fühlbar.

Auf meine Aufforderung nimmt Professor Sarmiento-Leité eine Untersuchung vor und schließt daran die Operation unter Narkose. Es wird über dem Tumor in der Verlängerung der linken Parasternallinie ein Längsschnitt von 4 cm Länge vorgenommen. Am Peritoneum angelangt, zeigen sich Adhärenzen; nach deren Lösung entleeren sich aus der Leber ca. 32 cm grün-gelblicher krümeliger Eiter, ohne besonderen Geruch. Reichliche Ausräumung der ausgedehnten, unregelmäßig gestalteten, mit ungleichmäßiger, derber Innenfläche versehenen Höhle, welche keine Kommunikationen besitzt. Verschuß, Drainage, Verband.

Am Abend zeigte das Kind gutes Aussehen, vollen Puls; Rektaltemperatur 36.4°. Weiterer Verlauf sehr gut. Das Kind konnte nach 28 Tagen das Spital verlassen, Wunde geschlossen, die Enteritis, welche sehr schnell zugleich mit der Besserung des Allgemeinzustandes nach der Sistierung der Lebereiterung abnahm, ist völlig beseitigt.

Bei der bakteriologischen Untersuchung (Prof. G. Carmeiro) wurde der Eiter vollkommen keimfrei gefunden. Weder am ersten Tage noch später fand man Amöben, sondern bloß Leberzellen.

Aus den Stühlen genommene Kulturen ergaben einige Kokken unbestimmbaren Charakters und eine große Zahl von Bazillen mit den Eigenschaften des *Bacterium coli*. Keine Agglutination. (Solche konnte an den von einem anderen dysenterischen Kinde genommenen Bazillen schwach nachgewiesen werden.)

Der dritte Fall wurde bei einem Knaben von 21 Monaten beobachtet und gleicht fast dem eben beschriebenen.

Fall III.

Dysenterischer Leberabszeß. Operation. Heilung.

Antonio, 21 Monate alt, wurde am 30. August 1901 ins Ambulatorium aufgenommen. Das Kind wurde schwächlich entwickelt, kränklich geboren und litt an Verdauungsstörungen seit den ersten Lebensmonaten. Im dritten Monate entwöhnt, wurde es mit Kuh- und Ziegenmilch aufgezogen und bekam Suppen und sogar gröbere Nahrung. Fast immer litt der Knabe an Enteritiden. Seit einem Monate werden unter Fiebererscheinungen frequente, schleimige, blutige Stühle, Tenesmus, Prolaps des Rektums beobachtet. Keine Besserung trotz der, übrigens schlecht befolgten Verordnungen. Seit zwei Tagen bemerkt die Mutter eine anscheinend schmerzhaft Anschwellung im Epigastrium, weshalb das Kind ins Spital gebracht wird.

St. pr. Patient sehr mager, herabgekommen; kein Ikterus, Morgen-temperatur, im Rektum gemessen, 37.2°. Zunge feucht, rot. Unterleib gespannt, tympanitisch. Im linken Hypochondrium, fast unter dem Rippenbogen, nahe der Medianlinie besteht eine kugelige Vorwölbung in der Größe einer kleinen Orange. Hautdecken darüber von normaler Färbung, Venen deutlich vorspringend, etwas ödematös, vollkommen verschiebbar.

Der Tumor sitzt über dem linken Leberlappen, ist derb, elastisch, etwas schmerzhaft, Fluktuation deutlich. Die Leber ist hypertrophiert,

besonders im linken Lappen. Sie überschreitet um 8 cm den Rippenbogen in der rechten Mammillarlinie, um 6 cm in der linken, füllt den Traube'schen Raum aus und erstreckt sich bis in die vordere linke Axillarlinie. Die Ausbuchtung der Umbilicalvene liegt fast in der Medianlinie und begrenzt den Tumor auf der einen Seite. Die Oberfläche der Leber ist hart und glatt anzufühlen. Die Milz nicht tastbar.

Einzelne Geräusche an den Lungen, am Herzen nichts Abnormes.

Mittels Punktion wird Eiter aus dem Tumor entleert. Sodann eröffnet Prof. Sarmiento-Leite den Eiterherd und entleert 45 cm³ gelblichen Eiter, untermischt mit braunen Klümpchen.

Weiterer Verlauf günstig. Trotzdem zeigte sich Eiterung und erst nach einem Monate trat komplette Vernarbung ein.

Die Dysenterie besserte sich rapid nach der eingeschlagenen Therapie. Das Kind verließ geheilt das Spital und befand sich nach einigen Monaten in bestem Wohlbefinden.

Der Eiter war keimfrei. In den Petri'schen Schalen entwickelte sich eine Kultur von *Ascobakterium*, wahrscheinlich durch zufällige Verunreinigung. Weder im Eiter, noch in den Stühlen Amöben.

Diese Beobachtungen sind in einiger Hinsicht bemerkenswert. weshalb ich in einem kurzen Ueberblick darauf zurückkommen will,

Vor allem, was war die Ursache der Hepatitis suppurativa? Es ist bekannt, daß bei Erwachsenen die gewöhnlichste Ursache eine Amöbendysenterie abgibt (20% der Fälle), während eine bazilläre Infektion nur höchst selten von einer solchen Komplikation begleitet wird. Immerhin scheint diese Regel für das Kindesalter nicht zu gelten, wenigstens soweit dies meine Beobachtungen anlangt. In den zwei Fällen, wo der Eiter und die Stühle untersucht worden sind, konnte man die Abwesenheit von Amöben feststellen, was im übrigen auch durch den akuten und fieberhaften Verlauf der Affektion, wie durch die Beschaffenheit der Dejektionen von vorneherein wahrscheinlich war. Auch spricht das Alter der Kinder gegen die Annahme von Amöbeninfektion, welche niemals unter 2 Jahren beobachtet wurde; die beiden Kinder standen im Alter von 17 bis 21 Monaten und was das erste anlangt, so war es erst 5 Monate alt. Dieser Fall bietet noch das Interessante, daß in so frühem Lebensalter, wie ich glaube, noch niemals eine Hepatitis suppurativa beobachtet wurde, ausgenommen von solchen nach Omphalitis oder puerperaler Sepsis. Beachtenswert ist es ferner, daß in meinen Fällen die Heilung der Dysenterie so rapid auftrat, nachdem der Eiter entleert worden war. In den beiden operierten Fällen verschwand die Dysenterie noch vor völliger Vernarbung der Wunde. Im ersten Falle, wo es zum Durchbruch in den Darm kam, dauerte die Krankheit nicht über zwei Wochen. Gerade dieser Umstand spricht sehr gegen Amöbeninfektion, die ja durch ihren schleppenden Verlauf, ihre häufigen Rezidive, ihre hartnäckige Resistenz gegen jeden therapeutischen Eingriff charakterisiert ist.

Der günstige Ausgang meiner Fälle ist ohne Zweifel auf die frühzeitige Entleerung des Eiters zurückzuführen, wodurch eine zu weitgehende Zerstörung der Leber, eine zu intensive Störung des allgemeinen Kräftezustandes verhindert wurde. Die frühzeitige Entleerung erklärt auch die gelbe Farbe des Eiters, da ja in vor-

gerückteren Stadien die bekannte Schokoladefärbung zur Beobachtung gelangt.

Immer wurde der Eiter keimfrei gefunden. Trotz reichlicher Kultursaat, zeigte sich nur einmal eine Kolonie von nicht pathogenem Ascobakterium, sicherlich veranlaßt durch zufällige Verunreinigung. Im Hinblick auf die frühzeitige Eröffnung der Eiterhöhlen, welche durch die Färbung des Eiters und die geringe Ausdehnung der Herde bewiesen ist, darf man die Behauptung von Kartulis anfechten, welcher den Standpunkt vertritt, daß das Fehlen der Bakterien in diesen Fällen nur eine Legende ist, daß die Mikroben in alten Abszessen wieder verschwinden.

Ich möchte noch die Aufmerksamkeit dahin lenken, daß in zwei Fällen der Abszeß links von der Medianlinie, d. h. im linken Lappen lokalisiert war; das ist nicht zufällig. Dr. S. Leite teilte mir einen anderen Fall von dysenterischem Abszeß bei einem Kinde mit, der schon vor längerer Zeit operiert wurde und ebenfalls den linken Lappen einnahm. Bekanntlich ist bei Erwachsenen gerade das Gegenteil beobachtet worden, und man erklärt sich die Frequenz der rechtsseitigen Leberabszesse aus der Verschiedenheit der Winkel, welche die beiden Zweige der Vena portae mit dem Hauptstamm einschließen. Der Winkel, unter dem der rechte Zweig abgeht, ist sehr groß und daher fast in der Richtung des Stammes selbst gelegen.

Um zu untersuchen, ob etwa bei Kindern gerade in dieser Hinsicht andere Verhältnisse vorliegen, machte ich Schnitte bei gefrorenen Kinderleichen und konnte feststellen, daß infolge der mehr schrägen Lage der Leber (verursacht durch größere Thoraxenge und durch die Gestalt des Organs) die mittlere Ebene der unteren Fläche einen Winkel von 40° bis 45° mit der Horizontalen bildet (während der Winkel bei Erwachsenen höchstens 25° bis 30° beträgt). Nebstdem hat beim Säugling der Stamm der Vena portae eine Richtung, die sich mehr der Vertikalen nähert, während im Gegensatz hiezu bei Erwachsenen eine mehr horizontale Neigung vorliegt. Aus diesen Verhältnissen ergibt sich, daß bei Säuglingen gerade der linke Zweig der Vena portae einen viel größeren Winkel mit dem Hauptstamm macht und daher eher dessen Richtung fortsetzt als der rechte. So bewahrheitet sich auch hier wieder die alte Theorie von der Bedeutung der Blutstromrichtung; sie erklärt vollkommen das Vorherrschen der Abszesse intestinalen Ursprunges im linken Leberlappen während des frühen Kindesalters.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.

Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Acetonurie bei diphtherieverdächtigen Anginen.

Von Dr. Walter Freund, Assistenten der Klinik.

(Der Redaktion zugegangen am 7. August 1903.)

In einer Arbeit von F. Blumenthal: Zur Frage der klinischen Bedeutung des Auftretens von Fäulnisprodukten im Harn (Charité-

Annalen, XXVI. Jahrgang) findet sich unter den Schlußsätzen auch der folgende: „Wenn die Differentialdiagnose zwischen Angina und Diphtheritis schwankt, spricht Acetonurie gegen Diphtheritis.“ Da natürlich ein derartiges diagnostisches Merkmal schon wegen der Einfachheit der Methodik, falls seine Verwertbarkeit auch wirklich keinem Zweifel unterläge, in der Klinik wie in der Praxis die schätzbarsten Dienste leisten könnte, benützte ich die Gelegenheit, die Angabe von Blumenthal an dem Material der Diphtherieabteilung und der Poliklinik der Breslauer Kinderklinik nachzuprüfen. Während Blumenthal unter 36 Fällen bakteriologisch positiver Löffler'scher Diphtherie niemals Acetonurie fand, gelang es mir gleich zu Anfang bei mehreren klinisch und bakteriologisch sicheren Fällen dieselbe nachzuweisen. Andererseits war ich nicht selten in der Lage, bei follikulären Anginen, die durch die Konfluenz der nekrotischen Pfröpfe einen Diphtherieverdacht nahelegten, sich aber in ihrem Verlaufe und durch die bakteriologische Untersuchung nicht als Diphtherie herausstellten, das Fehlen von Acetonurie konstatieren zu können. (Auch Blumenthal fand unter 67 Fällen von Angina follicularis ohne Diphtheriebazillen nur 41mal Acetonurie.) Zahlenmäßig stellen sich meine Befunde dermaßen dar, daß sich unter 15 Fällen Löffler'scher Diphtherie achtmal, also in mehr als der Hälfte der Fälle, Acetonurie fand.

Es läßt sich, wie man sieht, hieraus keine Gesetzmäßigkeit nach der einen oder anderen Richtung ableiten, etwa der Art, wie Blumenthal aus seinen Beobachtungen es tun zu können glaubte.

Während meiner Untersuchungen wurde mir der Inhalt einer Mitteilung von Bottazzi und Orefici¹⁾ bekannt, die auf Grund ihrer Befunde dazu gelangten, für die Diphtherie das Bestehen einer beträchtlichen Acetonurie zu betonen. Sie fanden in den ersten Tagen der untersuchten Diphtherien Ausscheidungen von 247, 268, ja 535 mg Aceton pro die (gegenüber 10 bis 25 mg in der Norm). Demnach findet auch in ihren Ergebnissen der Blumenthal'sche Schluß, daß das Fehlen von Acetonurie zur Diphtherie gehöre, keine Bestätigung.

Es liegt nahe, eine Gesetzmäßigkeit für das Zustandekommen von Acetonurie in der Höhe der Fieberbewegung bei den in Rede stehenden Anginen zu suchen. Tatsächlich findet man auch nicht selten Aceton bei Anginen jeder Art mit hohem Fieber und vermißt es bei solchen, die mit mäßigem Fieber einhergehen; allein auch von dieser Regel finden sich gelegentlich nach jeder Richtung hin Ausnahmen.

So möchte ich auf Grund der Ergebnisse Blumenthals, Bottazzis und Oreficis, sowie meiner eigenen Befunde nur den Schluß ziehen, daß der Acetonreaktion im Urin bei Diphtherieverdacht die ihr beigemessene praktisch-klinische Bedeutung nicht zukommt.

¹⁾ Ricerche sull' acetonuria e sul metabolismo dei corpi azotati nei bambini difterici. Sperimentale 1901, Fasc. V u. VI.

Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1903, I. Semester.

Von Dr. Gallus, Bonn.

Vormerkung: Abkürzungen siehe Bericht über 1902 (Bd. I, H. 6.).

1. Blascheck, Sympathische Ophthalmie mit hyperplastischer Entzündung des sympathisierten Bulbus und zentraler Taubheit. Z. f. A., 9. Bd., p. 434.
2. Ders., Vier Fälle bemerkenswerter Anordnung von markhaltigen Nervenfasern. Z. f. A., 9. Bd., p. 428.
3. Cohn, Die Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Preußen und in Spanien. W. f. Th., Nr. 20.
4. Ders., Warum müssen besondere Schul-Augenärzte angestellt werden? W. f. Th., Nr. 33.
5. Ders. u. Rübenkamp, Wie sollen Bücher und Zeitungen gedruckt werden? Braunschweig, Vieweg & Sohn.
6. Flatau, Beitrag zur Aetiologie der Panophthalmie. Z. f. A., 9. Bd., p. 213.
7. Fleischer, Zwei weitere Fälle von grünlicher Verfärbung der Cornea. Kl. M. Mai-Juni, p. 489.
8. Franck, Kasuistische Beiträge zur Irisatrophie. A. f. A., 47. Bd., p. 198.
9. Fröhlich, Eine Vorlagerung bei Strabismus inferior. Kl. M., April, p. 409.
10. Grunert, Ueber angeborene Farbenblindheit. A. f. O., 56. Bd., p. 132.
11. Heimann, Die Tränenschlaucherweiterung der Neugeborenen. D. med. Wochschr., Nr. 5.
12. Herford, Ein Brückencolobom der Regenbogen- und Aderhaut. Z. f. A., 9. Bd., p. 182.
13. Hertel, Ueber Myopie. A. f. O., 56. Bd., p. 326.
14. v. Hippel, Embryologische Untersuchungen über die Entstehungsweise der typischen angeborenen Spaltbildungen (Colobome) des Augapfels. A. f. O., 55. Bd., p. 507.
15. Hirsch, Fall von teilweisem Irisangel beider Augen. A. f. A., 47. Bd., p. 41.
16. Hirsch, Hysterische Amaurose bei einem Knaben. Münchener med. Wochenschr., p. 581.
17. Kampherstein, Ueber eine Schimmelpilzinfektion des Glaskörpers. Kl. M., Febr., p. 151.
18. Koppen, Ueber einen Fall von Atrophia nervi optici und Mikrophthalmus im Anschlusse an eine Läsion des Sehnerven intra partum. Ophth. Kl., p. 305.
19. Leitner, Ueber angeborene Krankheiten des Auges. Jahrb. f. Kinderheilk., H. 3.
20. Meyer, Ueber den Wert der Credé'schen Silbertherapie für die Behandlung von Augenkrankheiten. Z. f. pr. A., Februar.
21. Zur Nedden, Die Influenzabazillen-Konjunktivitis. Kl. M., März, p. 209.
22. Neuburger, Polyarthritis bei Blenorhoea neonatorum. Kl. M., April, p. 406.
23. Pes, Ueber einen Fall von primitivem Tumor der Tränendrüse. A. f. A., 47. Bd., p. 186.
24. Pflüger, Klinische Beiträge zur Kenntnis der Ciliarmuskelkontraktionen. Kl. M., April, p. 353.
25. Possek, Ueber Cysten und cystenartige Bildungen der Conjunktiva. Z. f. A., 9. Bd., p. 451.
26. Römer, Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie: I. Die sympathische Ophthalmie als Metastase. A. f. O., 55. Bd., p. 302.

27. Sachsaler, Ueber das Auge der Anen- und Hemicephalen Z. f. A., 9. Bd., p. 356.
28. Ders., Ueber den Regenerationsvorgang von Hornhautsubstanzverlusten bei allgemeiner Ernährungsstörung (Atrophia infantum). Z. f. A., 9. Bd., p. 395.
29. Selenowsky und Woizechowski, Experimentelles über die endogene Infektion des Auges. A. f. A., 47. Bd., p. 299.
30. Seo und Yamaguchi, Pathologisch-anatomische Untersuchung von Keratitis fascicularis und Pannus serophulosus. Kl. M., Jan. p. 38.
31. Sidler, Geburtsverletzungen des Auges. Korrr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 6 bis 7.
32. Sommer, Angeborener Mangel des psychischen und reflektorischen Weinens. Kl. M., Mai-Juni, p. 482.
33. Stargardt, Ueber Pseudotuberkulose und gutartige Tuberkulose des Auges, mit besonderer Berücksichtigung der binokular-mikroskopischen Untersuchungsmethode. A. f. O., 55. Bd., p. 469.
34. Stilling, Ein Rückblick auf die Myopiefrage. Z. f. A., 9 Bd., p. 1.
35. Stock, Experimentelle Untersuchungen über Lokalisation endogener Schädlichkeiten, besonders infektiöser Natur im Auge, zugleich ein Beitrag zur Frage der Entstehung endogener Iritis und Chorioiditis, sowie der sympathischen Ophthalmie. Kl. M., Febr., p. 81, und März, p. 228.
36. Stoewer, Beitrag zur Pathologie der Linse. Kl. M., Febr., p. 141.
37. Süßkind, Beitrag zur Differentialdiagnose des Cysticercus intraocularis. Kl. M., Februar, p. 158.
38. Ulbrich, Eine seltene Beobachtung bei markhaltigen Nervenfasern. Z. f. A., 9. Bd., p. 599.
39. Verhoeff, Eine graduelle, plastische Tenotomie. Kl. M., April, p. 393.
40. Wittemberski, Vier Fälle von Mucocoele der Siebbeinzellen, nebst Beobachtung über deren eventuellen Einfluß auf die Augenbewegungen. Z. f. A., 9. Bd., p. 463.
-

Unter den vorliegenden Publikationen prävalieren diejenigen, welche sich mit angeborenen Erkrankungen des Auges befassen.

Soweit es sich hierbei um Leiden infektiöser Natur handelt, unterscheidet Leitner (19): 1. Ektogene Infektion des Auges durch infiziertes Fruchtwasser. Folgezustand eitrige Keratitis, die bei der Geburt schon abgeheilt sein kann. Als Beispiel wird ein 8 Tage altes Kind angeführt mit den Residuen einer Perforation des Bulbus mit Irisprolaps. Der Zustand des Auges soll bereits bei der Geburt der gleiche gewesen sein. 2. Endogene Infektion des Auges, Entzündung des Uvealtraktes mit ihren mannigfaltigen klinischen Erscheinungsformen. Auf diese Weise ist das Leiden zweier Brüder von 3½ Jahren und von 4 Monaten zustande gekommen, welche blind zur Welt kamen und neben parenchymatöser Hornhauttrübung Atrophie der Iris und Katarakt aufwiesen. Bei beiden ist der Lichtsinn, wahrscheinlich durch Amotio retinae, erloschen, bei dem älteren Knaben weist die herabgesetzte Tension auf beginnende Phthisis bulbi hin.

Fleischer (7) erhebt Bedenken dagegen, die sogenannte grünliche Verfärbung der Cornea, über die jüngst von Kayser (s. Ref. 1902) berichtet wurde, als kongenital aufzufassen. Der Umstand, daß es sich in den drei bekannt gewordenen Fällen stets

um schwächliche, in der Ernährung zurückgekommene Individuen handelt, daß es sich ferner zweimal um eine gleichzeitig bestehende Sclerosis multiplex, einmal um Pseudosklerose handelt, spricht doch sehr für ein erworbenes Leiden, über dessen Zusammenhang mit dem Allgemeinzustande wir allerdings nicht einmal Vermutungen hegen können.

Sommer (32) beobachtete bei einem etwa $2\frac{1}{2}$ Jahre alten, sonst völlig normalen Kinde das Fehlen des psychischen und reflektorischen Weinens. Erst in den letzten Lebenstagen (Pat. starb an Krupp), einige Monate nach der ersten Vorstellung, sollen die Augen etwas mehr mit Wasser gefüllt gewesen sein, ohne daß es aber zu einem eigentlichen Weinen gekommen wäre. Zur Erklärung supponiert Verf. die Möglichkeit eines abnorm lange bestehenden Zustandes, wie er beim Neugeborenen physiologisch ist. Nach den Untersuchungen Axenfelds fehlt bei diesem das psychische Weinen völlig, das reflektorische ist nur in geringem Grade vorhanden, ein Verhalten, das mit der noch nicht vollendeten Ausbildung der nervösen Bahnen in Zusammenhang gebracht wird. Den Fall durch die Annahme einer anatomischen Veränderung zu erklären, lag keine Veranlassung vor.

Von den angeborenen Erkrankungen des Augeninnern hat von jeher die totale Farbenblindheit zu lebhaftem Meinungsaustausch Veranlassung gegeben. Grunert (10) bereichert die Literatur um fünf genau beobachtete einschlägige Fälle und gibt zugleich einen Ueberblick über den heutigen Stand der Frage. Danach ist die konstanteste Begleiterscheinung der totalen Farbenblindheit eine Amblyopie, welche durch die Ergebnisse der Funktionsprüfung nicht erklärt werden kann. Etwas weniger häufig, aber immer noch überwiegend, findet sich Lichtscheu und Nystagmus. Letzterer kann mit den Jahren abnehmen und ganz verschwinden. Alle Fälle sind nach Ansicht des Verfassers durch die Annahme der sogenannten Zapfenblindheit zu erklären. Nach dieser Theorie käme den Stäbchen die Schwarz-Weiß-Empfindung zu, den Zapfen die Empfindung der Farben. Fehlen nun die Zapfen, sei es, daß sie anatomisch nicht vorhanden oder durch andere Gebilde ersetzt sind, so kann der Betreffende die Farben nur nach ihrer Helligkeit unterscheiden, verhält sich also wie ein total Farbenblinder. Da die Fovea lediglich Zapfen enthält, ist die Forderung des Nachweises eines zentralen Skotoms eine notwendige Konsequenz der Theorie. Das Skotom ist nun allerdings nicht immer nachgewiesen. Der vorhandene Nystagmus kann eine in diesem Sinne angestellte Funktionsprüfung in erheblichem Maße erschweren und man muß dem Verfasser zustimmen, wenn er ein nach langen, vergeblichen Versuchen gewonnenes positives Ergebnis für schwerwiegender hält als ein negatives. Aber auch die negativen Fälle lassen sich für die Theorie verwerten, „denn wie soll man einen Zustand klinisch anders bezeichnen, bei dem die Grenzen des Gesichtsfeldes normal sind, die periphere Sehschärfe sich nicht wesentlich von der des

normalen Auges unterscheidet, wo dagegen die zentrale Sehschärfe zwischen $\frac{1}{10}$ und $\frac{1}{5}$ schwankt?“

Für die Genese der Mißbildungen sind die Bemerkungen Blascheks (2) interessant, der in seiner kasuistischen Mitteilung die Frage streift, ob die sogenannten markhaltigen Nervenfasern der Netzhaut angeboren sind oder nicht. Wahrscheinlich bilden sich dieselben erst post partum, da die zentrifugale Markscheidenentwicklung im Sehnerven nach den Untersuchungen Bernheimers zu besagter Zeit erst einsetzt. Kommt der Lamina cribrosa, wie das behauptet wird, ein hemmender Einfluß auf die Weiterentwicklung der Markscheiden zu, so kann man anderseits in Anomalien jener Bindegewebsanlage einen unterstützenden Faktor zur Ausbildung der Markscheiden erblicken, wie dies auch bereits in einem anatomisch untersuchten Falle nachgewiesen werden konnte.

v. Hippel (14) ist es durch einen glücklichen Zufall gelungen, die ersten Stadien der Kolobombildung zu beobachten. Ein Kaninchenbock, dessen Auge ein Kolobom unterhalb des Sehnerveneintrittes, Einkerbung des Pupillar- und unteren Linsenrandes zeigte, vererbte diese Mißbildungen auf einen Teil seiner Nachkommen. Den weiblichen Tieren wurden die Föten verschieden lange Zeit post coitum entnommen und mikroskopisch untersucht. Zunächst hatte sich das Kolobom auf 23 von 128 Augen vererbt. Aus der Art, wie das anatomische Material gewonnen wurde, geht schon hervor, daß ein bei früheren Erklärungsversuchen supponierter Einfluß von toxischen Stoffen, die während der Gravidität im Körper der Mutter sich finden sollten, auf die Genese der Kolobome ausgeschlossen ist. Wir haben es vielmehr mit einem reinen Vererbungsvorgang zu tun, wenn auch natürlich das „wie?“ vorläufig unaufgeklärt bleibt. Was die Resultate der anatomischen Untersuchung angeht, so hat sich, mochten die Augen auch in den ersten Stadien der beginnenden Kolobombildung untersucht werden, niemals auch nur eine Spur eines entzündlichen Prozesses nachweisen lassen, so daß man die Leber'sche Hypothese, der eine derartige Annahme zugrunde lag, fallen lassen muß, wenn man nicht für eine und dieselbe Mißbildung ätiologisch zwei verschiedene Möglichkeiten annehmen will, wozu aber keine Veranlassung vorliegt. Die Kolobome kommen folgendermaßen zustande: Ein mesodermaler, gefäßführender Strang, welcher normalerweise in den Bulbus hineinragt und möglicherweise zur Bildung des Glaskörpers verwendet wird, verfällt — unter Bedingungen, welche uns völlig unbekannt sind — nicht der Rückbildung, nimmt vielmehr an Masse zu und bleibt zwischen den Rändern der Augenblase liegen, welche selbst keine Abweichung von der Norm zeigen. Es entsteht also zwischen den der Vereinigung zustrebenden Rändern und dem mesodermalen Strang ein Kampf um den Raum. Wie hierdurch die anatomischen Verhältnisse modifiziert werden und wie die gefundenen Bilder auch zur Erklärung gewisser klinischer Erscheinungsformen herangezogen werden, darüber muß das Original Auskunft geben.

Unter den erworbenen Krankheiten des Auges sei zunächst auf einige äußere Fälle hingewiesen.

Neuburger (22) sah ein 5 Tage altes Kind mit einseitiger Blennorrhoea neonatorum 7 Tage später an Polyarthritis erkranken. Letzteres Leiden hatte die Mutter bereits 2 Tage vor dem Partus ergriffen. Bakteriologisch wurde nur das Bindehautsekret mit positivem Erfolge auf Gonokokken untersucht.

Flatau (6) stellte bakteriologische Untersuchungen dreier Fälle von Panophthalmie an, von denen einer einen fünfjährigen Knaben betraf, der eine den Bulbus perforierende Verletzung durch einen Draht erlitten hatte. Der Glaskörper war in toto vereitert und enthielt typische Diplokokken in der Kapsel (Pneumokokken). Uebertragung des Materials in die vordere Kammer eines Kaninchens löste auf dem betreffenden Auge eine schwere Panophthalmie aus, während auf dem anderen Auge, dem ein Stückchen vom Corpus ciliare einverleibt wurde, eine minder schwere Entzündung auftrat.

Zur Nedden (21) hat die Influenzabazillen-Konjunktivitis einem eingehenden Studium unterzogen. Untersucht wurden 10 Fälle, darunter waren 8 Kinder unter 2 Jahren. Die Krankheit hat nichts Charakteristisches insofern, als aus dem klinischen Bilde auf den Krankheitserreger geschlossen werden könnte. Am meisten befallen zeigen sich Conjunctiva der Lider und Uebergangsfalte, weniger Conjunctiva bulbi. Neigung zum Uebergange des Prozesses auf die Hornhaut besteht nicht. Wichtig ist die Feststellung, daß die Affektion das Auge nicht nur sekundär, im Anschlusse an eine allgemeine Influenzainfektion befallen kann, sondern daß sie auch primär am Auge auftritt und zu Komplikationen an anderen Organen führen kann (fiebrhafte Bronchitis, Mittelohrentzündung).

Sachsälber (28) behandelte ein Kind, bei dem seit dem dritten Tage nach der Geburt Augeneiterung bestanden hatte. Als Verf. einige Zeit nachher das Kind zum erstenmale sah, fand sich neben katarrhalischen Erscheinungen auf beiden Augen ein graugelbes, zentrales Hornhautinfiltrat mit flachem Substanzverlust, außerdem Entropium aller vier Lider. Letzteres war offenbar durch ungeschicktes Einlegen des Lidhalters entstanden und hatte sekundär die Hornhautaffektion veranlaßt. Nach Abklingen der katarrhalischen Erscheinungen blieben die Infiltrate bestehen und zeigten merkwürdigerweise so gut wie gar keine Neigung zur Regeneration. Die Konjunktiven waren blaß, die Cornea zeigte nur wenige Gefäße. Lichtscheu und Tränenfluß waren nicht vorhanden. Dieser Zustand bleibt ziemlich unverändert bis zum Tode, der einige Wochen später an Marasmus erfolgt. Bemerkenswert ist, daß bereits wochenlang vor den ersten Zeichen der Pädatrie die mangelnde Regeneration der Hornhaut bestand. Verf. hält darum die Cornea für einen äußerst feinen Indikator von Ernährungsstörungen. Mit der als Komplikation der Atrophie bekannten Keratomalacie hat der vorliegende Fall nichts zu tun, die Erkrankung der Hornhaut war eine rein zufällige. Auf sie hatte aber die sonst noch nicht manifeste Atrophie einen ungünstigen Einfluß in Form einer Hemmung

ausüben können. Es ist auch durch die mikroskopische Untersuchung, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, unzweifelhaft erwiesen, daß nicht einmal die Ansätze zu einer Regeneration sich finden, sondern daß zwischen die Narben Haufen von fixen Hornhautzellen frei eingelagert in einer Weise angeordnet sind, wie sie beim Regenerationsvorgang sonst nicht beobachtet wird.

Von der Keratitis fascicularis, dem sogenannten „Gefäßbändchen“, war bisher noch kein pathologisch-anatomischer Befund bekannt. Diese Lücke füllen Seo und Yamaguchi (30) durch Mitteilung ihrer Befunde aus. Danach schiebt sich die Spitze des Gefäßbändchens unter der Bowman'schen Membran nach dem Zentrum der Hornhaut vor. Arrosionen der Membran sind also erst sekundärer Natur. Die schon durchwanderten Partien lassen an Stelle der oberflächlichen Schichten ein gefäßreiches Granulationsgewebe erkennen. In den übrigen Schichten findet eine Anhäufung von Rundzellen statt. Bei der Rückbildung des Prozesses sollen sich nach Ansicht der Verfasser die mehr oberflächlichen Schichten — wegen der stärkeren Lockerung der Lamellen und dadurch erleichterter Wanderung der Zellen nach der Oberfläche — eher von der zelligen Infiltration reinigen können, während dieselbe in den tieferen Schichten bestehen bleibt. Es kann auf diese Weise das zunächst sehr auffallende Bild der tiefen Infiltration bei fast normalen mittleren und oberen Partien zustande kommen.

Studien zur Genese der sympathischen Ophthalmie sind von verschiedenen Seiten angestellt worden, so von Stock (35), Selenowsky und Woizechowski (29) und von Römer (26). Während die ersteren Arbeiten nur spezielles Interesse haben, sei aus den Ausführungen Römers, welche die Einleitung einer größeren Untersuchungsreihe darstellen sollen, einiges über die Frage der sympathischen Ophthalmie herausgegriffen, was von allgemeinerer Bedeutung ist. An die Spitze stellt Verf. den Satz, daß die Theorien mehr die Ergebnisse der allgemeinen Pathologie sowie der Bakteriologie berücksichtigen müßten. Heute werden hauptsächlich zwei Theorien noch diskutiert: die Schmidt-Rimpler'sche modifizierte Ciliarnerventheorie, derzufolge der Reiz an dem einen Auge durch die Ciliarnerven auf das andere Auge übertragen werde, wodurch es dort zu Zirkulations- und Ernährungsstörungen kommt. Ueber die Reizübertragung wissen wir aber zu wenig, vor allem ist es uns völlig unbekannt, ob der Reiz wirklich in das zweite Auge und nicht vielleicht in das Zentralorgan gelangt. Wir sehen oft ein Auge längere Zeit hindurch, z. B. durch einen Fremdkörper, gereizt, ohne daß auf dem anderen Auge auch nur die Spur einer Reizung sich nachweisen ließe. Eine spätere Veröffentlichung von diesbezüglichen Untersuchungen soll außerdem den Beweis erbringen, daß eine Reizübertragung im Sinne der Theorie tatsächlich nicht stattfindet.

Die zweite, die sogenannte Migrationstheorie, hauptsächlich von Deutschmann verfochten, nimmt an, daß Infektionskeime

auf dem Wege längs der Sehnervenscheiden ins zweite Auge gelangen. Hier ist auffallend, daß die supponierten, doch jedenfalls stark virulenten Infektionsträger ihre Wirkung nicht auch an der Gehirnbasis in Form einer Meningitis ausüben.

Am zwanglosesten, meint nun Verf., erklärt die Annahme einer Metastase, wie sie früher schon von Berlin angedeutet wurde, sämtliche Erscheinungen. Es ist eigentlich nicht verständlich, warum man sich mit der Anschauung nicht befrieden will, daß, wie auch sonst bei intraocularen Erkrankungen, das Blut der Infektionsträger sei. Auffallend ist ja, daß der übrige Körper immun bleibt und daß nur das zweite Auge für die Infektion empfänglich ist. Derartige Prädilektionsstellen kennen wir aber auch sonst in der Pathologie. Welcher Art die Infektionsträger sind, wissen wir allerdings noch nicht.

Ein neunjähriges Mädchen, über welches Süßkind (37) berichtet, bot neben geringen Reizerscheinungen auf dem einen Auge das Bild eines diffus getrübten Glaskörpers dar, so daß von dem Fundus nichts mehr zu erkennen war. Mit Rücksicht auf die Anamnese wurde die Diagnose auf tuberkulöse Aderhautentzündung gestellt. Unter innerlicher Darreichung von Jod und subkonjunktivalen Injektionen einer 4%igen Kochsalzlösung hellte sich der Fundus derart auf, daß die richtige Diagnose durch Entdeckung eines Cysticercus ermöglicht wurde, dessen operative Entfernung später gelang.

Von den vier Fällen von Mucocoele, die Wittemberski (40) veröffentlicht, entfällt einer auf einen zwölfjährigen Knaben, dessen Eltern seit einem Jahre eine Deviation des rechten Auges bemerkt hatten. Nasenwurzel gegen die Lidspalte abgeflacht durch eine knochenharte Geschwulst, Haut darüber intakt und verschieblich. Auge selbst nach außen und vorne disloziert. Siebbeinzellen wölben sich nach der mittleren Nasenmuschel vor, von hier aus Eröffnung.

Zum Schlusse sei einiger Arbeiten über Myopie und deren Hygiene gedacht.

Stilling (34) faßt in seinem Rückblicke auf die Myopiefrage nochmals alle Theorien über die Aetiologie der Kurzsichtigkeit zusammen und versucht die Bedenken, welche im Laufe der Jahre in starkem Maße gegen die früher von ihm veröffentlichte Rollmuskeltheorie, nach der das Wachstum des Bulbus unter dem Drucke des Trochlearis zum Langbau führen sollte, sich gehäuft haben, unter kritischer Würdigung der Einwürfe zu zerstreuen. Nach Ansicht des Referenten gelingt ihm dies aber nicht, da die Unterschiede, welche von den Kritikern der Stilling'schen Theorie gefunden worden sind, bis auf eine Ausnahme für das normale (resp. übersichtige) und kurzsichtige Auge so gering ausfallen, daß man auf denselben ein Gesetz, wie Stilling das will, jedenfalls nicht aufbauen kann.

Hertel (13) fand bei seinen ausgedehnten statistischen Untersuchungen die Angabe bestätigt, daß die Hyperopie der häufigste, Emmetropie der seltenste Refraktionszustand ist. Da-

zwischen steht die Myopie. Trennt man in Kinder und Erwachsene, so nimmt bei letzteren die Myopie an Häufigkeit zu, die Hyperopie ab. Bis zum 14. Lebensjahre ist Myopie bei weiblichen Individuen häufiger, von da ab prävalieren die Männer bedeutend. Es liegt kein Grund vor, die Myopie in zwei Klassen — hohe und niedere — aus Rücksicht der Aetiologie zu trennen. Es liegen vielmehr wahrscheinlich nur graduelle Unterschiede vor.

Der bekannte Vorkämpfer für Augenhigiene, Prof. Cohn in Breslau, hat sich mit einem Fachmann in drucktechnischen Fragen, Dr. Rübenkamp (5), zusammengetan, um ein größeres Publikum über die Anforderungen, welche man an Buch- und Zeitungsdruck stellen muß, vom augenärztlichen und vom technischen Standpunkte aus zu unterrichten. Uns interessiert hier hauptsächlich die Frage nach dem Drucke der Schulbücher und Fibeln. Nicht die Größe der Buchstaben, welche in der gewöhnlichen Leseentfernung noch erkannt werden können, ist maßgebend, sondern die Größe derjenigen, welche ein bequemes Erkennen ohne maximale Anstrengung der Augen auf längere Zeit ermöglichen. Zu große Buchstaben verlieren an Uebersichtlichkeit und beeinträchtigen dadurch das leichte Erkennen. Nach ausgedehnten Studien hat Cohn herausgefunden, daß ein Buchdruck dann den hygienischen Anforderungen genügt, wenn in einem Ausschnitt von 1 cm² nicht mehr als zwei Zeilen sichtbar sind. Jedermann kann auf diese Weise leicht selbst die Prüfung machen. Ein wichtiger Faktor sind weiterhin Papier und Druckerschwärze. Es sind Druckproben beigegeben, welche einen Vergleich mit dem zu prüfenden Buche ermöglichen. Auch für die Zeilenlänge werden begründete Normen aufgestellt, der Beweis geführt, daß die Antiquaschrift hygienisch den unbedingten Vorzug vor der Fraktur besitzt und anderes mehr. Die Aufstellung einer Reihe von Schulbüchern, nach den hier erörterten Normen kritisch beleuchtet, zeigt, daß nur die allerwenigsten denselben genügen, daß eine Anzahl mäßigere Ansprüche befriedigen, daß aber bei weitem die Mehrzahl vom Standpunkte der Augenhigiene völlig ungenügend ist.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Brusch Th. *Die Entwicklung des Ligamentum caudale beim Menschen.* (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)

In dieser lesenswerten entwicklungsgeschichtlichen Arbeit, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, kommt der Verf. zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Reduktion des Schwanzes beim Menschen beginnt bei Embryonen mit 12 bis 14 mm Scheitelsteißlänge. In dieser Reduktionsperiode sind auseinanderzuhalten:

- a) das Stadium des Schwanzhöckers,
- b) das Stadium des Steißhöckers.

2. Die während des Höherrückens des Schwanzfadens im Stadium b letzteren mit der Steißbeinspitze verbindenden Bindegewebszüge sind das Ligamentum caudale (also Ligamentum caudale = Rest des menschlichen Schwanzes).

3. Die dem Ligamentum caudale zukommenden Endäste der A. sacralis media empfangen bei Stadien von $5\frac{1}{2}$ cm Scheitelsteißbeinlänge ab als Begleiter das Ende des N. sympathicus.

4. Das Ligamentum caudale bedingt die Entstehung der Fovea coccygea, der Glabella coccygea und des Vertex coccygeus.

Brüning (Leipzig).

Wolf. *Ueber intrauterine Leichenstarre.* (Archiv für Gynäkologie, 68. Bd., 3. Heft.)

Einer Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Fälle fügt Verf. vier von ihm selbst beobachtete an und kommt zu dem Resultat, daß die intrauterine Leichenstarre nicht die Folge irgendwelcher pathologischer Muskelkontraktionen des Fötus vor seinem Absterben sei, sondern in jeder Beziehung das vollkommene Analogon des gewöhnlichen Rigor mortis darstellt.

Hohlfeld (Leipzig).

Vallois. *Note sur les diamètres de la tête fœtale à terme.* (L'obstétrique. VIII. Bd. 1903, S. 115.)

Bei 40 neugeborenen Kindern mit Anfangsgewicht zwischen 3 und 4 Kilo hat Verf. 48 Stunden nach der Geburt die Schädelmaße feststellen lassen. Aus der Tabelle ergeben sich folgende Durchschnittswerte:

Frontooccipitaler Durchmesser	11·3 cm
Mentoooccipitaler	12·5 ..
Suboccipitofrontaler	11·0 ..
Suboccipitobregmaticus	9·6 ..
Biparietaler	8·9 ..
Bitemporaler	7·9 ..
Körperlänge	50·2 ..

Keller.

A. Hencke. *Die bakterizide Eigenschaft des Knochenmarkes und die Ätiologie der Osteomyelitis.* (Vorläufige Mitteilung.) (Zentralblatt für Bakteriologie, 33. Bd., Nr. 9.)

Verf. konnte weder durch intravenöse noch durch direkte Injektion ins Knochenmark von Reinkulturen des Staphylococcus aureus Osteomyelitis bei Kaninchen erzeugen und schließt daraus auf eine große bakterizide Eigenschaft des Knochenmarkes, zumal da die Kokken kulturell nach kurzer Zeit nicht mehr nachweisbar waren. Weiter gelang es ihm, aus den nekrotischen Knochenmassen bei vier Operationen von Osteomyelitis infectiosa spontanea, bei denen keine Kommunikation mit der äußeren Luft vorhanden war, neben Staphylokokken ein kurzes Stäbchen zu züchten, das sich morphologisch in der Kultur ähnlich wie die Staphylokokken verhält. Bei intravenöser Injektion der Reinkultur dieses Stäbchens

konnte er, ohne ein Trauma zu setzen, typische Osteomyelitis erzeugen. Sollte sich bei Nachprüfungen dieser Befund bestätigen, so wären für die Aetiologie und eventuell auch für die Behandlung der bei Kindern so häufigen Osteomyelitis neue Gesichtspunkte eröffnet.

Bartenstein (Breslau).

W. Hesse. *Ueber die Ablötung der Tuberkelbazillen in 60° C. warmer Milch.* (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 42. Bd., 1. Heft.)

Verf. prüfte die von Smith gemachte Beobachtung, daß Tuberkelbazillen in der Milch bei 60° binnen 20 Minuten abstarben, mit einwandsfreier Versuchstechnik nach und konnte dieselbe bestätigen.

Bartenstein (Breslau).

Otto Pelzl. *Ehrlichs Diazoreaktion als differentialdiagnostisches Hilfsmittel.* (Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 31, 1903.)

Positive Diazoreaktion fand sich bei Abdominaltyphus in sämtlichen Fällen (Mitte der 1. bis Ende der 3. Woche), bei Masern vor der Eruption und während des Anfangsstadiums des Exanthems, bei Scharlachdiphtherie, bei vorgeschrittener Lungenphthisis und Tuberkulosis serosarum und bei Septikämie. Abgesehen von den beiden erstgenannten Krankheitsformen scheint also die Reaktion bei jenen Erkrankungen ausgelöst zu werden, bei welchen die Streptokokken in den Blutkreislauf treten. Für die Anwendung des Antistreptokokkenserums und intravenöser Kollargolinjektionen wird aber die Diazoreaktion als Indikator gelten können.

Neurath (Wien).

Sommerfeld. *Vergleichende Untersuchungen über Antistreptokokkenserum nebst einigen Bemerkungen über die Kultur und Virulenz der Streptokokken.* (Zentralblatt für Bakteriologie, 33. Bd., Nr. 9.)

Verf. hat die Sera von Aronson, Tavel, Roux und von Moser-Paltauf an Mäusen geprüft und gefunden, daß die Sera von Tavel und Roux gegen hochvirulente Stämme überhaupt nicht schützen, daß das Moser'sche Serum ungefähr ein Normalserum (0.01 cm³ schützen gegen die 100fach tödliche Dosis) und das von Aronson ein 20- bis 50faches darstellt.

Schlüsse daraus auf die angeblich spezifische Wirkung beim Scharlach zu ziehen, ist nicht möglich. Bartenstein (Breslau).

Laquer B. *Sur les effets thérapeutiques du bismuth et de ses composés (surtout de la Bismutose.)* (Archives de médecine des enfants, 1903, Nr. VI, S. 340.)

Verf. gibt lediglich eine Zusammenstellung von deutschen und französischen Arbeiten — klinischen und experimentellen — die geeignet sind, die nach Ansicht des Verf. hervorragende Wirksamkeit der Wismut-Präparate zu beweisen und zu begründen. Verf., der der Erfinder der Bismutose ist, fügt den von ihm zitierten Daten in dieser Publikation keine eigenen neuen hinzu.

Weigert (Breslau).

S. E. Ostrowski. *Tannoform bei Intertrigo der kleinen Kinder.* (Rußki Wratsch 1903, Nr. 2.)

Der Verfasser hat dieses Mittel mit großem Erfolg in der Form des Streupulvers (aa mit Stärke) oder in der Form der 10⁰igen Vaselinsalbe angewandt.

M. Breitmann (St. Petersburg).

Brocchi. *Les enfants et la cure thermale de Plombières-les-Bains (Vosges).* (Annal. de med. et chir. infant. 1903, 14.)

Empfehlung der indifferenten Thermen von Plombières (am Westabhange der Vogesen gelegen) für die Behandlung von Magendarmstörungen im Kindesalter, die bei leicht erregbaren Kindern mit nervösen Störungen und heftigen Schmerzen einhergehen (chronische Obstipation, Neigung zu Appendicitis, chronische Diarrhöen, Kolitiden etc). Die Thermen finden Anwendung in Form von Bädern und Darmspülungen und ihre Wirkung ist in erster Linie eine sedative; genaue Ueberwachung während der Kur ist unerlässlich.

Brüning (Leipzig).

K. Aßmus. *Ein Vorschlag zu einer vollständigen Reform der Erstlings-Bekleidung und -Wäsche auf hygienischer Grundlage.* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 10.)

Den mannigfachen Unzuträglichkeiten, speziell dem häufig notwendigen Wechseln bei der heutzutage im allgemeinen üblichen Säuglingsbekleidung sucht Aßmus durch folgende Neuerung abzuhefen. Die Kleidung besteht aus zwei Teilen, den äußeren bildet eine Jacke mit daran angeknüpftem Sack, der innere besteht aus einem Hemdchen und einer Hose mit einer aufsaugenden Einlage, die in einer abknöpfbaren Tasche der Hose liegt. Letztere ist die Hauptsache an der Kleidung, da sie die bisherigen Windeln zu ersetzen hat. Nach vielen Versuchen hat sich Aßmus für den Moostorf als bestes und billigstes Material zur Herstellung der Einlage entschieden. Der Moostorf hat ein großes Absorptionsvermögen für Flüssigkeiten und desodoriert, er kommt in Kissen von 150 bis 200 g zur Verwendung, kann mehreremale getrocknet und wieder benützt werden. Zur Aufnahme der Fäces dient die leicht waschbare Tasche, nähere Details sind in der ausführlichen Mitteilung zu finden. Neben dem ökonomischen Erfolge — täglich zweimaliges Wechseln an Stelle des etwa zwölfmaligen beim bisherigen System — besteht aber auch angeblich ein hygienischer durch den Wegfall der partiellen Abkühlung des Säuglings beim Wechsel der Windeln sowie durch Verhinderung des so lästigen Wundseins, das Aßmus in zwei Fällen durch seine neue Methode hat heilen gesehen. Zum Schlusse fordert Verf. zur Nachprüfung seiner Methode auf.

Böhm (Frankfurt a. M.).

Gorini. *Le Contrôle biologique du Vaccin antirivarolique.* (Revue d'hygiène et de médecine infantiles 1903, Nr. 2.)

Durch Verimpfen der Vaccine auf die Cornea von Kaninchen kann man aus dem zeitlichen Auftreten der Reaktion und dem Vorhandensein oder Fehlen von entzündlichen Nebenerscheinungen auf die Reinheit und Virulenz der verimpften Vaccine Schlüsse ziehen. Die Details sind aus dem Original und den beigegebenen Tafeln zu entnehmen.

Bartenstein (Breslau).

Grimm. *Neuer Lymphbehälter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1903, Nr. 22.)

Beschreibung eines vom Verf. konstruierten Apparates für Massenimpfungen.
Boehm (Frankfurt a. M.)

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

M. Heym, Schuldirektor in Netzschkau. *Die Behandlung der Schwachsinnigen in der Volksschule.* (Leipzig bei Ernst Wunderlich, 1903, Preis 50 Pf.)

Der auf der Jahresversammlung sächsischer Schuldirektoren zu Bautzen 1902 gehaltene Vortrag hat höchstens pädagogisches Interesse.
Thiemich (Breslau).

Engels. *Staubbindende Fußbodenöle und ihre Verwendung.* (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1903, Nr. 6.)

Verf. untersuchte das Floricin-, das Hygiene- und das Dustleßfußbodenöl auf die staubbindende Fähigkeit mittels Zählung der Bakterien, die mit dem Staub zugleich aufgewirbelt werden.

Dabei hat sich das Dustleßöl am besten bewährt, weil die Keimzahl am niedrigsten war und ein Anstrich am längsten — 2^{11}_2 Monate — wirksam blieb. Wenn aus der Keimzahl ein direkter Schluß auf die Zahl der Staubpartikel berechtigt ist, so ist ein derartiger Fußbodenanstrich im Interesse der Schulhygiene sicher wertvoll. Denn eine Verminderung des Staubes in Schulräumen kann den Kindern, die zu Erkrankungen der oberen Luftwege disponieren, nur zum Vorteil gereichen, da für diese gerade der Aufenthalt in einer staubfreien Luft zu erstreben ist.

Bartenstein (Breslau).

Ernährung und Stoffwechsel.

Monti. *Die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch.* (Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 51.)

Verf. wiederholt seine bekannten Anschauungen über Säuglingsernährung, ohne etwas neues zu bringen. Er beschränkt sich darauf, die berechtigten Einwände (z. B. Ammenwahl, Bedeutung der Frauenmilchuntersuchung) durch Berufung auf praktische Erfahrung zu erledigen.
Keller.

Paffenholz. *Beitrag zur Kenntnis der Nahrungsmengen natürlich ernährter Säuglinge.* (Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 104.)

Selter. *Ein Beitrag zum Kapitel: Nahrungsmengen und Stoffwechsel des normalen Brustkindes.* (Ibidem S. 91.)

Dankenswerte Beiträge zur Ernährungsphysiologie des Brustkindes. Paffenholz beschränkt sich auf die Bestimmung der Nahrungsmenge. Die beiden ältesten Kinder erhielten bis zum Ende der 12. Woche ausschließlich Brust, von da bis zur 20. Woche wurde Kuhmilch zugefüttert, in dieser ganzen Zeit jede Mahlzeit durch Wägung des Kindes vor und nach dem Trinken bestimmt. Bei einem Zwillingsspaar wurde nur an einem Tage der 2., 3., 6., 12. und 16. Woche je eine Bestimmung des Tagesquantums gemacht.

Selters Beobachtungen betreffen zwei Kinder mit einzelnen Unterbrechungen bis zur 19., resp. 20. Woche bei ausschließlicher Frauenmilchernährung. Außer der Größe der Einzelmahlzeiten wurde bei dem zweiten Kinde längere Zeit hindurch in der üblichen summarischen Weise aus der Gewichts Differenz zwischen der frischen und benutzten Kleidung die Gewichtsmenge der Entleerungen durch Darm-, Harnorgane und den größten Teil der Haut bestimmt sowie die Perspiratio insensibilis aus dem Gewichtsverluste zwischen den einzelnen Mahlzeiten.

Keller.

Aronstamm. *Stoffwechselversuche an Neugeborenen.* (Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 66.)

Bei 10 angeblich gesunden Kindern bestimmte Verf. während der ersten 7 Lebenstage Körpergewicht, Nahrungsmenge pro Mahlzeit (mit Ausnahme der einen Nachtportion), die Menge der Fäces (durch Wägung der Windeln) und des Urins (im Hecker'schen Rezipienten) und berechnet Nährquotienten, Energiequotienten, Kalorienmenge pro Quadratmeter Oberfläche etc. Bezüglich der Ergebnisse, welche nichts neues bringen, sei auf das Original und die spätere ausführliche Monographie, welche Verf. in Aussicht stellt, verwiesen. Klinisch interessant ist die Bestätigung der Tatsache, daß einzelne Kinder erst am 3. Tage zu trinken anfangen, daß am 2. Tage die eventuellen Nahrungsmengen außerordentlich klein sind, daß die Zahl der Mahlzeiten entsprechend dem Bedürfnis nur 5—6, in einzelnen Fällen 4—5 betrug, daß sich verhältnismäßig die beste Ausnützung bei Kindern findet, die nicht allzuviel getrunken haben.

Die vier „Soxhlet-Kinder“, an welchen Verf. die gleichen Untersuchungen anstellte, sind — nach dem Ergebnis der Körpergewichtswägungen zu urteilen — nicht normal. Die Arbeit stammt aus der Münchener Frauenklinik (v. Winckel).

Keller.

Georges Voix. *L'allaitement mixte.* (Thèse de Paris 1903. G. Steinheil.)

Vorliegende, 122 Seiten starke Arbeit stammt ebenso wie die S. 246 referierte Carels aus der Consultation de nourrissons von Dr. Bresset und bringt eine große Reihe interessanter Details. Verf. hat den Versuch gemacht, sich über die in den privaten

Wohlfahrtsgesellschaften (Charité maternelle-Protectrice de l'enfance — Allaitement maternel) und in den Krippen mit Allaitement mixte gemachten Erfahrungen zu orientieren. Die Ausbeute aus dieser Umfrage ist minimal. Weiter stellt er aus der Literatur und den vorliegenden Berichten eine Tabelle über die Ernährungsmethoden (Brust, All. mixte, künstliche Ernährung) der in den verschiedenen Pariser Consultations de nourrissons und Gouttes de lait beobachteten Säuglinge zusammen, führt Marfan's Angaben über die Verbreitung des Allaitement mixte unter den Frauen der wohlhabenden Bevölkerungsklassen an und bringt vor allem eine Statistik über 136 Kinder des ersten Lebensjahres, bei denen in Dr. Bressets Poliklinik ein Allaitement mixte durchgeführt wurde.

Um ein Allaitement mixte einzuleiten und durchzuführen, sind drei Methoden möglich: 1. Brust und Flasche abwechselnd (A. m. alternatif); 2. bei jeder Mahlzeit erst Brust, dann Flasche (A. m. complémentaire); 3. Brust am Tage, Flasche in der Nacht oder umgekehrt.

Verf. tritt für das Allaitement mixte complémentaire, besonders bei jungen Säuglingen, ein, u. zw. mit der Begründung, daß angeblich auf diese Weise die Milchsekretion ständig in Tätigkeit erhalten und maximal ausgenützt werde. Die berechtigten Einwände gegen diese Methode werden vernachlässigt. Die dritte Methode kommt in Betracht, wenn Frauen der Arbeiterbevölkerung durch ihre Arbeit verhindert sind, am Tage zu stillen, oder wenn anderseits Frauen der wohlhabenden Klassen mit Rücksicht auf die eigene Nachtruhe während der Nacht die Flasche reichen lassen.

Verf. weist darauf hin, daß es durch Befürwortung des Allaitement mixte dem Arzte am ehesten gelingt, die künstliche Ernährung mehr und mehr einzuschränken.

Die Arbeit sei eingehendem Studium empfohlen. Keller.

J. Biel. *Ueber künstliche Säuglingsernährung.* (St. Petersburger mediz. Wochenschr. Nr. 29, 1903.)

Von Bunge ist auf das wichtige Verhältnis der Kali- zu den Natronsalzen in der Nahrung hingewiesen worden. Die Liebig'sche Milchmalzsuppe zeigt im Vergleiche zur Frauenmilch einen höheren Kali- und einen minimalen Natrongehalt. Eine erhöhte Kalimenge der Nahrung hat eine vermehrte Ausscheidung von Natronsalzen zur Folge, wodurch der Körper an diesen verarmt.

Von diesen Erwägungen ausgehend, hat Autor die Bereitung der Liebig'schen Suppe modifiziert: 60 g besten Weizenmehles werden mit 600 cm³ Vollmilch und 1 $\frac{1}{2}$ g Natrium bicarbon. zur Suppe gekocht. Sodann werden 60 g (Marten'sches) Malzextrakt mit Diastase in einer Flasche Wasser von 60° C. aufgelöst und die Lösung zu der auf dieselbe Temperatur gebrachten Milchsuppe zugesetzt. Die Mischung muß eine halbe Stunde an einem warmen Orte (nicht über 60°) gut bedeckt stehen, um die Weizenstärke

in Maltose überzuführen, wobei die Mischung dünnflüssig wird. Dann wird noch einmal aufgekocht.

Drei Krankengeschichten zeigen gute Erfolge mit der Methode.
Neurath (Wien).

Chapin. *Principles of Infant Feeding as based on the Evolution of Mammals.* (Grundsätze der Säuglingsernährung nach der Theorie der Entwicklung der Säugetiere.) (Arch. Pediat., Juli 1903.)

Bei den verschiedenen Säugetieren differiert die Milch je nach der Entwicklung der Verdauungsorgane der betreffenden Art. Die Kuhmilch muß daher als ein etwas unzweckmäßiges Nahrungsmaterial für den Säugling betrachtet werden, sie bedarf vor der Darreichung chemischer resp. mechanischer Modifikation durch Verdünnung, Zusatz von Alkalien, Gerstenschleim u. dgl. Sehr wichtig ist es, da wo das Kuhmilchprotein nicht vertragen wird, das Defizit durch andere Nukleoalbumine zu decken.

Wachenheim (New-York).

Concetti L. *L'allaitement artificiel au point de vue de la théorie des ferments solubles.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 14.)

Durch den Nachweis von spezifischen fermentativen Bestandteilen in der Milch, um deren Entdeckung sich hauptsächlich Spolverini, Moro, Marfan u. a. verdient gemacht haben, ist die Frage der künstlichen Ernährung in neue Bahnen geleitet worden. Bisher sind nur eine Reihe von Fermenten (Amylase, Oxydase u. a.) näher untersucht, doch ist begründete Hoffnung vorhanden, daß weitere Forschungen ihre Zahl vermehren werden. Vor allen Dingen kommt es für weitere Untersuchungen und Ernährungsversuche darauf an, die Milch möglichst keimfrei zu gewinnen und an die Konsumenten zu liefern; sodann ist darauf hinzuwirken, durch Einverleiben der löslichen Fermente bei den milchgebenden Tieren die Menge der denselben innewohnenden Fermentstoffe zu vergrößern, um auf diese Weise der Milch biologische Eigenschaften zuzuführen, welche sie der Muttermilch möglichst ähnlich macht. Näheres muß im Original nachgesehen werden.

Brüning (Leipzig).

Eleonore Fitschen. *Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch.* (Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 1.)

Die Arbeit stammt aus dem Oppenheimer'schen Kinder-Ambulatorium in München und stellt eine Fortsetzung einer früheren Publikation Oppenheimers (Arch. f. Kinderheilk., 31. Bd., 1901, S. 321) dar. Auch Verfasserin hatte sich die Aufgabe gestellt, den Wert der Vollmilch als Nahrung für normale Säuglinge festzustellen; sie sah aber aus den Krankengeschichten, daß nur wenige der mit Vollmilch ernährten Säuglinge als „wirklich“ normal zu betrachten waren und daß auch die Zahl der „annähernd“ normalen Kinder im Vergleiche zu der Gesamtzahl keine große ist.

Es ist an und für sich für den Leser schwer, sich aus einem Materiale von 129 Fällen, welches in Tabellenform vorgelegt wird (Kurven konnten aus äußeren Gründen nicht veröffentlicht werden), ein eigenes Urteil über die Erfolge zu bilden, doppelt schwer, wenn in den Zahlen störende Druckfehler vorkommen (z. B. Seite 19 bei Fall 48: — statt +; Seite 32 Nr. 22 und 24 statt 23 und 25; Seite 37 Nr. 110 statt 99). Auch wird der Wert der Arbeit beeinträchtigt, wenn Ernährungsbeobachtungen nicht von dem Beobachter selbst mitgeteilt, sondern nachträglich auf Grund der Krankengeschichten zusammengestellt werden.

Was nun die Beurteilung der Erfolge mit Vollmilchernährung anlangt, so ist zuerst zu berücksichtigen, daß bei akuten Störungen im Oppenheimer'schen Ambulatorium die Milchverdünnung als zweckmäßig anerkannt und durchgeführt wird, daß mit Vollmilchernährung allmählich begonnen wird, daß ferner bei einer Reihe von Kindern, wahrscheinlich noch öfter als angegeben wird (poliklinisches Material, noch dazu in München), Zukost von der Mutter gegeben wird.

Verf. sieht die Erfolge im großen und ganzen — abgesehen von den Kindern unter vier Wochen — als günstig an. Referent kann ihr darin nicht zustimmen, denn so weit eine Beurteilung der Erfolge auf Grund der kurzen Notizen möglich ist, stehen den zirka 69 Fällen, bei denen befriedigende oder gute Gewichtszunahmen erzielt wurden, etwa 29 sichere und 31 wahrscheinliche Mißerfolge gegenüber. (Daß Nr. 38 ein „bemerkenswerter“ Erfolg sei, ist aus den Angaben der Tabelle zum mindesten nicht ersichtlich.)

Bei der Beurteilung der Ernährungserfolge wird von der Verfasserin nach Ansicht des Referenten den Ergebnissen der Körpergewichtswägungen ein zu großes Gewicht beigelegt.

Die Beobachtungen lehren uns, daß man unter Umständen bei Säuglingen schon im zweiten und dritten Lebensmonate mit Darreichung von Vollmilch große Körpergewichtszunahmen erzielen kann, aber sie zeigen auch anderseits wieder die Gefährlichkeit dieses Versuches. Ref. wäre begierig, zu erfahren, ob die Anhänger der Vollmilchernährung auch in der Privatpraxis und in der eigenen Familie ebenso zuversichtlich für die Vollmilch eintreten. Keller.

M. Levy. *Praktische Erfahrungen über Ernährung mit Pegnimilch.* (Deutsche med. Wochenschrift 1903, Nr. 23.)

Mitteilung über erfolgreiche Anwendung der gelabten Kuhmilch bei einem siebenmonatlichen Gastroenteritiker. Levy hat auch bei Tuberkulösen mit der v. Dunger'schen Milch günstige Erfahrungen gesammelt. Böhm (Frankfurt a. M.).

Erich Müller. *Kasuistischer Beitrag zur Ernährung von Kindern mit Odda.* (Therapeutische Monatshefte, Juli 1903, Seite 340.)

Odda unterscheidet sich von den anderen Kindernährpräparaten durch seinen Gehalt an Hühnereidotter. Längere Versuche an acht

Kindern mit mehr oder weniger acuten Magendarmstörungen. Besonders hervorzuheben wäre, daß magendarmkranke Kinder bei alleiniger Ernährung mit Odda sich erholt haben; nach 5—10 Tagen muß wieder mit Milchezusatz begonnen werden. Hauptsächlich aber eignet sich Odda nach den Erfahrungen des Verfassers für Kinder, welchen man im 7. oder 8. Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will. Hier dürfte dieses neue Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen den Vorzug verdienen.

Zuppinger (Wien).

Bischoff. *Ueber Eismilch.* (Archiv. für Hygiene. 47. Bd., Nr. 1.)

Milch, die unter 10° aufbewahrt wird, hält sich nur einige Tage; auch bei 0° tritt nur eine Verzögerung des Wachstums, keine Abtötung der Bakterien ein. Ist die Milch gefroren, so ist die Haltbarkeit eine größere; sie ist aber abhängig von der Schnelligkeit der Durchkühlung. Bei längerem Gefrieren bilden sich Flocken in der Milch, die sich beim Aufkochen wieder lösen.

Bartenstein (Breslau).

Fabre M. *De la centrifugation comme moyen d'apprécier la valeur nutritive du lait.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 15.)

Trotz regelmäßiger Mahlzeiten und entsprechender Intervalle zwischen denselben kommen bei der individuell sehr verschiedenen Zusammensetzung der Muttermilch Unpäßlichkeiten der Säuglinge vor, die nur als Ausdruck der wechselnden chemischen Beschaffenheit der Milch gedeutet werden können. Fabre empfiehlt nun zur Bestimmung derartigen Qualitätsverschiedenheiten das Zentrifugieren der Milch, welches ihm in einer Anzahl von Fällen aus der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses zu Lyon gute Dienste geleistet hat. Wegen der relativen Einfachheit der Untersuchungsmethode sei deren Gang hier etwas ausführlicher mitgeteilt: 10 cm³ Milch werden in einem nach cm³ und $\frac{1}{10}$ cm³ graduierten Zylinder, mit 3 Tropfen Indigoblau versetzt, 5 Minuten lang, bei 3200 Umdrehungen pro Minute, in der elektrisch getriebenen Zentrifuge zentrifugiert; die sich absetzende Fettschicht wird abgelesen. Nach zahlreichen Einzelversuchen entspricht $\frac{1}{10}$ cm³ Fett pro 10 cm³ Milch 3, bzw. 4 g Fett pro Liter Mutter-, bzw. Kuhmilch. Um die erheblichen Schwankungen sowohl in dem Fettgehalt als auch an dem im folgenden mitzuteilenden Gehalt an Eiweiß (je nach der Zeit der Milchentnahme, ob bei einer Primipara oder Multipara etc. schwankte der Fettreichtum zwischen $\frac{4}{10}$ und $\frac{25}{10}$ cm³) zu vermeiden, muß die Milch stets zur selben Zeit zur Untersuchung benutzt werden; Fabre empfiehlt hierfür 2—3 Minuten nach Beginn des Trinkens. Nach Entfernung der Fettschicht wird der Eiweißgehalt der Milch bestimmt, indem 7 cm³ der restierenden Flüssigkeit mit 3 cm³ folgender Lösung versetzt werden (Acid. acet. 20·0, Sol. acid. picric. saturat. 100·0); das hiedurch ausgefällte Eiweiß wird nach nochmaligem gleichlangem Zentrifugieren ebenfalls abgelesen; auch hier ergaben sich Schwan-

kungen von 13–40 Teilstreichen, d. h. von 13–40 g pro Liter Milch, je nach den vorhin erwähnten Bedingungen. Für normale Verhältnisse ergaben sich als Mittelzahlen 30·26 und 28 Teilstriche, je nachdem die Milch vor, während oder nach dem Anlegen des Kindes untersucht wurde. Für die Bestimmung des Milchezuckergehaltes, der im allgemeinen ziemlich constant zu sein scheint und etwa $\frac{1}{2}$ Teilstrich beträgt, werden 8 cm³ der neben dem Eiweiß übrig bleibenden Flüssigkeit mit der gleichen Menge Sol. Fehling gekocht und nach nochmaligem Zentrifugieren die Dicke des Sedimentes abgelesen. Auf diese Weise gelang es Fabre zwar keine genauen, aber doch unter gleichen Untersuchungsbedingungen vergleichbare Resultate zu gewinnen, wie er an einigen kurz angefügten Fällen von mangelnder Körpergewichtszunahme, Ekzem und Intoleranz gegen Muttermilch bei Säuglingen erläutert.

Brüning (Leipzig).

J. L. Poliakoff. *Eine vereinfachte Formel für die Bestimmung des Fettgehaltes in der Milch.* (Wratschebnaja Gaseta 1903, 12, 22. März.)

Marchand und Conrad haben für ihre Laktobutyrometer die Formel $0·233n + 1·26$, in der n die Zahl der Zehntel eines cm³ oder der Teilungen des Laktobutyrometer bedeutet. Der Verfasser macht folgende algebraische Zählungen:

$$\begin{aligned} 1·26 + 0·233n &= 1·16 + 0·10 + 0·232n + 0·001n = 1·16 (1 + 0·2n) \\ &+ 0·1 + 0·001n = 1·2 (1 + 0·2n) - 0·04 (1 + 0·2n) + 0·1 + 0·001n = 1·2 \\ &\left(\frac{10 + 2n}{10}\right) - 0·04 (1 + 0·2n) + 0·01 + 0·001n = 0·12 (10 + 2n) - 0·04 \\ &(1 + 0·2n) + 0·1 + 0·001n = 0·24 (5 + n) - 0·04 (1 + 0·2n) + 0·1 + 0·001n \\ &= 0·25 (5 + n) - 0·01 (5 + n) - 0·04 (1 + 0·2n) + 0·1 + 0·001n = \frac{n + 5}{4} - 0·05 \\ &- 0·01n - 0·04 - 0·008n + 0·1 + 0·001n = \frac{n + 5}{4} - 0·09 + 0·1 - 0·018n + \\ &0·001n = \frac{n + 5}{4} + 0·01 - 0·017n = \frac{n + 5}{4} - 0·02n + 0·003n + 0·01 = \frac{n + 5}{4} \\ &- 0·02n + 0·02 - 0·01 + 0·003n = \frac{n + 5}{4} - \frac{2(n - 1)}{100} - 0·01 + 0·003n. \end{aligned}$$

Die zwei letzten Glieder der letzten Formel sind solche niedrige Größen, daß man sie leicht außer acht lassen kann. Wenn wir also die Formel:

$$\frac{n + 5}{4} - \frac{2(n - 1)}{100} \text{ (I)}$$

behalten, so ist der Irrtum gleich $-0·01 + 0·003n$, d. h. bei $n = 20$, ist er $0·05\%$, bei $n < 20$ ist er noch kleiner. Wenn man aber die einfachere Formel annimmt:

$$\frac{n + 5}{4} \text{ (II),}$$

dann ist der Irrtum bei $n = 20$ nicht größer als $0·32\%$, bei $n < 20$ noch kleiner ($0·1 - 0·2\%$).

Breitmann (St. Petersburg).

Rubinstein. *Ueber das Verhalten einiger pathogener Bakterien in der Buttermilch.* (Archiv für Kinderheilkunde, 36. Bd., 3. bis 6. Heft.)

Verf. beweist durch seine ausführlichen Versuche, daß pathogene Bakterien (Diphtherie, Typhus, Tuberkelbazillen und Pyo-

cyaneus) in roher Buttermilch innerhalb 24 Stunden abgetötet werden, während sie in gekochter, trinkfertiger Buttermilch sich tagelang virulent erhalten, aber durch drei Minuten langes Kochen abgetötet werden. Da bisher niemand rohe Buttermilch als Säuglingsnahrung verfüttert, so ist das Resultat der zahlreichen Versuche nur das, daß pathogene Bakterien durch drei Minuten langes Kochen abgetötet werden, wie dies schon lange von der Milch bekannt war.

Bartenstein (Breslau).

Brush. *Apthae and Herpes Contracted by Children Drinking Milk from Cows Suffering from Foot and Mouth Disease. (Aphthen und Herpes bei Kindern, die mit Milch von mit Maul- und Klauenseuche behafteten Kühen genährt werden.)* (Journ. Amer. Assoc., 20. Juni 1903.)

Diagnose von gewöhnlicher Stomatitis aphthosa nur durch die Anamnese möglich. Die Krankheit kann schließlich letal enden. Heilung tritt prompt nach Entziehen der infizierten Milch ein.

Wachenheim (New-York).

E. Gagnoni. *Sopra un caso di eosinofilia verificato in un poppante al seno di madre affetta da Taenia mediocanellata. (Ueber einen Fall von Eosinophilie bei einem Brustkinde, dessen stillende Mutter eine Taenia mediocanellata hatte.)* (Rivista di Clin. pediatrica, 1903, Nr. 5.)

Siehe auch die Diskussion im Berichte der Sektion Rom der ital. Gesellschaft für Kinderheilkunde — Nr. 4 dieser Monatsschr.

Eosinophilie des Kindes: $12\frac{9}{10}\%$.

Eosinophilie der Mutter: $8\frac{9}{10}\%$.

14 Tage nach Ausstoßung der Tania war die Eosinophilie des Kindes $2\frac{5}{10}\%$, die der Mutter $1\frac{0}{10}\%$.

Der Fall ist interessant wegen des Einflusses, den das Blut der an Tania leidenden Mutter durch die Ernährung auf das Blut des Kindes ausübte. In weiterer Hinsicht ist auch die Tatsache interessant, die daraus abgeleitet werden kann, daß nämlich die Eosinophilie von der Erzeugung toxischer Substanzen abhängt, obwohl deren Mechanismus noch dunkel ist. Dotti (Florenz).

Pierson. *Aceton and Diacetic Acid as a Cause of persistent recurrent Vomiting of Children. (Aceton und Acetessigsäure als Ursache hartnäckig wiederkehrenden Erbrechens bei Kindern.)* (Arch. Pediat., Juli 1903.)

Pierson schildert drei Fälle aus eigener Beobachtung. Die Anfälle waren von bedeutender Temperatursteigerung begleitet, man fand im Urin stets Aceton, gelegentlich Acetessigsäure. Die Acidose wurde am besten mit Alkalien bekämpft. Verf. gibt Natr. bicarb. bis zu $8\cdot0$ pro die. Milch wird nicht gut vertragen, besser sind Molken mit Zwieback und Schabefleisch. (cf. Edsall, p. 191. Ref.).

Wachenheim (New-York).

Mellin. *Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, Heft 1.)

Verf. hat in der Literatur nur 11 einwandfreie Fälle von Bakteriurie im Kindesalter gefunden, denen er zehn selbst beobachtete hinzuzufügen in der Lage ist.

Die Affektion betraf fünfmal Mädchen, fünfmal Knaben. Neun der Kinder standen im Alter von fünf Monaten bis vier Jahren, eines war zehn Jahre alt. Achtmal reagierte der Harn sauer, einmal alkalisch, einmal amphoter. Jedesmal handelte es sich nur um ein Bakterium, nämlich in acht Fällen um *Bacterium coli commune*, in zwei Fällen um *Staphylococcus pyogenes albus*.

Die klinischen Erscheinungen sind in den leichteren Fällen etwas öfteres Harnen oder auch nur fader Geruch und leicht getrübbtes Aussehen des Urins. In schwereren Fällen scheint die Krankheit Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Unwohlsein, Erbrechen zu verursachen. Ziemlich oft kommen Darmstörungen vor, die eine Bedeutung für die Entstehung der Bakteriurie (doch wohl auch für die der begleitenden Allgemeinerscheinungen. Ref.) haben dürften. Präzisere Angaben über die Aetiologie lassen sich zur Zeit noch nicht machen. Die Therapie besteht in diätetischer Behandlung der Darmstörungen; nur in schwereren Fällen hat Verf. Salol (dreimal täglich 0.25) sowie Blasenspülungen mit 3%iger Borsäurelösung oder schließlich, wenn der Erfolg noch ausblieb, mit $\frac{1}{4}$ - bis $\frac{1}{12}$ %iger Lysollösung angewendet. Letzteres führte stets zum Ziele.

Freund (Breslau).

Aberhalden. *Familiäre Cystindiathese.* (Zeitschrift für physiol. Chemie, Bd. 38, Heft 5 und 6.)

Bei der Sektion eines 1 $\frac{3}{4}$ Jahre alten, unter den Erscheinungen der Inanition zugrunde gegangenen Kindes fanden sich die Organe von zum Teil schon makroskopisch sichtbaren weißlichen Kristallhaufen durchsetzt. Verf. konnte auf chemischem Wege den Nachweis erbringen, daß es sich um Cystin-Ausscheidungen in die Gewebe handelte. Das Interesse an dieser exquisit seltenen Diathese erhöht sich noch durch ihr familiäres Auftreten. Zwei Geschwister waren schon vorher unter denselben Erscheinungen gestorben (allerdings ohne Obduktion) und aus dem Urin der zwei überlebenden Kinder, des Vaters und Großvaters väterlicherseits (nicht der Mutter) konnten relativ große Cystinmengen isoliert werden.

Verf. vertritt die Meinung, daß sich das Cystin jenseits des Darmes, u. zw. durch eine ganz spezifische Anomalie des Eiweißabbaues bildet.

Steinitz (Breslau).

Christopher. *The Safranin Test for Sugar in the Urine of Children.* (Die Safranin-Zuckerprobe am Kinderharn.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 20. Juni 1903.)

Durch eingehende Forschungen (mit Tabellen) bestimmt Verf. ein recht konstantes Verhältnis zwischen dem „Normalzucker“ und dem Harnstoff, indem die Prozentsätze beider Körper im normalen

Urin zusammen auf- und absteigen. Die Acidität des Harns steht zu der Quantität dieser Substanzen, wie zu erwarten, in keinem Zusammenhange.

Wachenheim (New-York).

Preuß. *Die Appetitlosigkeit nervöser Kinder.* (Deutsche Aerztezeitung 1903, Heft 13.)

Verf. berichtet über Ernährungserfolge bei angeblich anämischen Kindern mit Theinhardts löslicher Kindernahrung. Das Niveau der Abhandlung, deren Zweck jedem Leser von vorneherein klar sein muß, ist ein so niedriges, daß jede ernsthaft Diskussions überflüssig erscheint.

Steinitz (Breslau).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Sträubler. *Zur Morphologie des normalen und pathologischen Rückenmarks und der Pyramiden-Seitenstrangbahn.* (Jahrbücher für Psychiatr. u. Neurol. 1903.)

Bezieht sich auf die Furchung des Hinter-Seitenstranges; Untersuchungen an Embryonen und Säuglingen. Zum Referate nicht geeignet.

Thiemich (Breslau).

Georg Kapsammer. *Ueber Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen.* (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 29, 1903.)

Ermöglicht eine genaue Untersuchung der unteren Harnwege bei Erwachsenen in vielen Fällen ein Urteil über die der Enuresis zugrunde liegenden Störungen, so bildet bei Kindern das Unvermögen einer exakten Untersuchung den Kardinalpunkt in der klinischen Frage der Enuresis und daher das Unvermögen einer genauen Indikationsstellung den Hauptfehler bei der Therapie. Diese war bisher eine diätetische, eine medikamentöse, eine mechanische, eine elektrische und eine suggestive, jede einzelne im einzelnen Falle mitunter von Erfolg begleitet, doch keine von allgemeinem Wert.

Kapsammer hat nun die von Cathelin 1901 angegebene epidurale Injektion versucht. Die Cornua coccygea des Kreuzbeines bezeichnen die Linie, in deren Mitte die Membrana obturatoria bei dem Verfahren zu durchstechen ist. Dringt man beim Erwachsenen mit einer 6 cm langen Nadel in den Kreuzbeinkanal ein, so findet die Injektion auf die Wurzeln der Cauda equina statt, ohne daß der Duralsack eröffnet wird. Zur Injektion verwendete Kapsammer bei den zur Behandlung gekommenen 37 Fällen (über 300 epidurale Injektionen) zum Teil Kokain ($\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ ‰), zum Teil physiologische Kochsalzlösung mit dem gleichen günstigen Erfolge; nur zweimal stellte sich eine geringfügige Reaktion ein. Meistens trat schon nach der ersten Injektion Heilung ein, doch empfiehlt sich, in jedem

Fälle 2—3 Injektionen in kürzeren Zwischenräumen zu machen, selbst, wenn schon die erste Heilung gebracht hat.

Bei pathologischen Prozessen der Harnblase ließ sich kein nennenswerter Erfolg erzielen.

Autor widmet noch der Wirkungsart der Methode und speziell der Beeinflussung des Harndranges durch die epiduralen Injektionen Erwägungen und nimmt an, daß durch das gesetzte Trauma auf die Bahnen der Sakralnerven, welche den Nervus erigen führen, reflektorisch der zentrale Tonus des Sphincter internus wieder hergestellt oder verstärkt wird.

Sämtliche Injektionen wurden ambulatorisch gemacht.

Neurath (Wien).

Judson. *A severe Case of Chorea complicated by Pneumonia.* (Ein schwerer Fall von Chorea, mit Pneumonie kompliziert.) (Arch. Pediat., Juli 1903.)

Frühere Anfälle von Chorea mit Gelenkserkrankungen und Endokarditis an der Mitralklappe waren vorausgegangen. Im geschilderten Anfall wurden Gelenke, Herz, Lungen und Pleura sukzessive affiziert. Die Pneumonie folgte dem katarrhalischen Typus.

Wachenheim (New-York).

Gábor v. Massanék. *Beiträge zur Actiologie der Chorea minor.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 79.)

Verf. ist Anhänger derjenigen Lehre, welche in der Chorea eine infektiös-toxische Nachkrankheit der verschiedensten Infektionen erblickt, und versucht seine Stellungnahme durch eine kleine, wenig beweiskräftige Kasuistik zu begründen. Neues wird nicht zutage gefördert.

Obwohl wir auch von deutschen Autoren nicht durch formvollendete Sprache in ihren wissenschaftlichen Arbeiten verwöhnt sind, verursachen die zahlreichen stilistischen Fehler, welchen wir in der vorliegenden und in mancher anderen Abhandlung begegnen, ein Unbehagen, für das wir wenigstens durch den Inhalt des Gebotenen entschädigt werden möchten.

Thiemich (Breslau).

Schüller. *Polymyositis im Kindesalter.* (Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 58, Ergänzungsheft S. 193.)

Verf. berichtet aus der unter Zapperts Leitung stehenden Nervenabteilung des I. öffentlichen Kinderkrankeninstitutes in Wien über eine sehr interessante Beobachtung, die er selbst folgendermaßen resumiert:

Bei einem früher gesunden siebenjährigen Knaben tritt im Anschlusse an Pertussis eine mit Fieber, dyspeptischen Symptomen und einem flüchtigem Exanthem einhergehende Erkrankung auf. Nach viertägiger Dauer gehen die initialen Erscheinungen zurück. Dagegen entwickelt sich eine mit Schwellung der Lider verbundene, schmerzhaft Verhärtung der Muskeln des Gesichtes und des Nackens. Bei andauernd freiem Sensorium und relativ gutem Allgemeinbefinden verbreitet sich die Rigidität nach und nach auf die Muskeln des Thorax, des Abdomens und des Rückens, hernach (in distalwärts abnehmendem Grade) auf die Muskeln der oberen und

der unteren Extremitäten. Auf der Höhe der Erkrankung traten Schmerzanfälle in den Vordergrund der Erscheinungen, Schmerzen, welche in der Stirn und in beiden Schultergegenden besonders heftig empfunden werden. Nach dreiwöchentlicher Dauer ist die Akme der Erkrankung überschritten; die Kontrakturen bilden sich allmählich zurück und nach weiteren acht Wochen ist vollkommene Heilung eingetreten.

An die Schilderung des Krankheitsverlaufes schließen sich klar dargestellte diagnostische Erwägungen, die zu dem Schlusse führen, daß eine Myositis als Grundlage des Zustandes anzunehmen ist. Mit dieser Krankheit beschäftigt sich, unter Benützung der vorliegenden Literatur, der Schlußteil der dankenswerten Arbeit.

Thiemich (Breslau).

L. Concetti. *Sopra un caso di paralisi pseudobulbare per lesione cerebrale unilaterale in un bambino di 5 anni. (Ueber einen Fall pseudobulbärer Lähmung aus einseitiger Hirnverletzung bei fünfjährigem Kinde.)* (Il Policlinico, Sezione medica 1903, Nr. 1).

Nach Diphtherie rekonvaleszentes Kind; plötzlich Erbrechen, apoplexieartiger Anfall ohne Schwinden des Bewußtseins, schlaffe linke Hemiplexie mit Schwinden der Reflexe, Zungen- und Gaumenzähmung, Cheyne-Stokes'sche Atmung; sehr schwacher, beschleunigter Puls; Exzitation, dann Koma, nach 32 Stunden Tod. Bulbus, Pons und Ganglien der Basis intakt; Embolie in rechter Arteria Sylviana und daraus folgende Erweichung im Gebiete dieser Arterie; Embolie vielleicht von einem im linken Herzvorhofe vorhandenen Thrombus losgelöst. Parenchymatöse Nephritis und Myokarditis.

Der Fall ist wegen seiner Seltenheit interessant, u. zw. wegen des bulbären Verlaufes ohne Verletzung des Bulbus. Das ist nur möglich, wenn die Verletzung so ausgedehnt und tiefgehend ist, daß sie nicht bloß die direkten corticogangliobulbären Wege, sondern auch die von der anderen Hemisphäre zum Bulbus führenden Wege zerstört, nachdem sich dieselben im Corpus callosum gekreuzt und mit den direkten Wegen vereinigt haben. Dotti (Florenz).

Lövegren. *Paralysie douloureuse (Chassaignac).* (Zeitschrift für klinische Medizin, 49. Bd., 1. bis 4. Heft.)

Verf. beschreibt vier Fälle dieser Affektion, welche im Kindesalter vorkommt und durch eine im unmittelbaren Anschluß an ein Trauma entstandene, mit intensiven Schmerzen verbundene Lähmung meist der einen oberen Extremität ohne Zeichen von Fraktur oder Luxation oder Epiphysenablösung charakterisiert ist und im Verlauf einer Woche wieder ohne bleibenden Nachteil verschwindet. Meist ist als Ursache starker Zug an einer Hand zu beschuldigen. Charpy stellte fest, daß, wenn man eine Kinderleiche an einer Hand faßt und den Körper frei hängen läßt, der Kopf nach der entgegengesetzten Seite fällt und daß dadurch der Plexus brachialis eine sehr bedeutende, meßbare Dehnung erfährt. Für das Zustandekommen einer Dehnung des Plexus bei einem lebenden Kinde ist es durchaus erforderlich, daß der Zug am Arme plötzlich geschieht

und daß die Armmuskeln bei der Gelegenheit erschlaft sind. Damit steht die Bézzy'sche Theorie der Entstehung des Krankheitsbildes durch eine Dehnung des Plexus brachialis in guter Uebereinstimmung. Eine langsame Dehnung des Ischiadikus beim Kaninchen ruft Anästhesie, aber keine motorische Lähmung hervor. Bei plötzlicher Dehnung kommt es darauf an, ob partielle Rupturen des Nerven entstehen oder nicht. Bei partieller Ruptur zeigen sich mehr oder weniger ausgebreitete langdauernde Lähmungen; fehlen nachweisbare Rupturen im Nerven, so entsteht eine partielle Lähmung der Extremität, die nach einigen Tagen wieder vollkommen verschwindet.

Bartenstein (Breslau).

A. Calabrese. *Contributo allo studio della paralisi infantile.* (Beitrag zur Erforschung der kindlichen Lähmung.) (La Riforma medica, 1903, Nr. 2, 3, 4.)

Von zwei Fällen ausgehend, schließt Verf. auf Analogie der zwei Formen der Hirnlähmung und der Rückenmarkslähmung. In einer anderen Schlußfolgerung betont Verf. die Gastroenteritis und gastroenteritischen Toxininfektionen als sehr häufige Ursache der Kinderlähmung.

Dotti (Florenz).

Praetorius. *Zur pathologischen Anatomie der Poliomyelitis acuta infantum.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, Ergänzungsheft S. 175.)

Die unter Leitung von Schmaus verfaßte Abhandlung bringt die klinische und anatomische Schilderung von drei in der v. Rank'schen Klinik beobachteten Fällen von Poliomyelitis. Der Tod trat 3, bzw. 6 und 10 Monate nach dem Einsetzen der Lähmungen ein.

Im Anschluß an die sehr ausführliche Darstellung der histologischen Befunde diskutiert Verf. die auch heute noch nicht erledigte Frage nach dem primären Sitze der Erkrankung (Ganglienzellen oder Blutgefäße) und kommt zu dem Schlusse, daß die Aufstellung zweier prinzipiell verschiedenen Typen, eines parenchymatösen und eines intstitiellen, nicht gerechtfertigt ist.

Thiemich (Breslau).

Franz Slzák. *Gehirntumor bei angeborenem chronischem Hydrocephalus.* (Jahrbuch f. Kinderheilk., Band 58, S. 76.)

Kasuistische Mitteilung. Sechs Monate altes Kind, wahrscheinlich hereditär-luetisch, trotz natürlicher Ernährung schwach entwickelt und etwas rhachitisch. Bei der ersten Lumbalpunktion wurden 85 cm³ völlig klaren Liquors unter hohem Drucke entleert, fünf Tage später nochmals 35 cm³. Zugleich Einleitung einer kombinierten Inunktions- und Jodkaliumkur mit Unterbrechungen drei Monate lang. Schon nach 1½ Monaten sehr erhebliche Besserung, sogar Abnahme des Schädelumfanges, allmähliche Heilung, deren Fortdauer nach 1½ Jahren festgestellt wurde. Gehirnfunktionen zufriedenstellend.

Thiemich (Breslau).

M. Castro. *Cyste hydatique du lobule frontal.* (Revista de la Sociedad de Medicina argentina, März-April 1903.)

Der vom Verfasser, Vorstand der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals in Buenos-Aires, mitgeteilte Fall bietet großes Interesse. Es handelt sich um ein elf Jahre altes Kind ohne nachweisbare erbliche Belastung. Die Anamnese ergibt wiederholte Gastroenteritis und Pneumonie, im Alter von drei Jahren. Als das Kind drei Jahre alt war, konstatierte man einen durch Kontraktionen des rechten M. buccinator bedingten Tick rechterseits, welcher drei Jahre bestand. Zu gleicher Zeit vergrößerte sich der Kopfumfang und in den Stühlen fanden sich weißgelbe bandförmige Gebilde von 3 bis 4 cm Breite. Nach dem Verschwinden des Ticks traten Kopfschmerzen auf. Der Geisteszustand ist normal.

Seit einigen Monaten sind die Kopfschmerzen sehr heftig, von Erbrechen und Fieber begleitet. Als die Krise vorüber war, wurde das Kind wieder ruhig, doch zeigte sich Schiefstellung des Mundes. Nach Eintreten einer neuerlichen Krise wurde das Kind in das Krankenhaus aufgenommen.

Status praesens: Zunge belegt, Diarrhöe, Erbrechen, Nackensteife, Stumpfheit, erschwerte Sprache, Ungleichheit der Pupillen, Kopfschmerz, meningitischer Hautstreif, kahnförmig eingezogener Unterleib, Petechien, Facialislähmung, Parese des rechten Armes.

Nach Ablauf einer Woche trat Besserung ein, doch blieben die Facialislähmung, Parese des Armes und die Erschwerung der Sprache. In dieser Periode bestand Fieber mit morgendlichen Remissionen. Das Kind verließ das Bett, ging herum; nach zwei Wochen stürzte es zusammen. Man konstatiert neuerlich Erbrechen, unaufhaltsames Schreien, Ungleichheit der Pupillen, meningitische Hautflecke, bedeutend erschwerte Sprache, heftigen Kopfschmerz, nahezu komatösen Zustand. Nach vier Tagen erscheinen die Bewegungen des rechten Beines erschwert und sind von Tremor begleitet. $T = 37.6^{\circ}$.

Die Symptome nahmen allmählich zu und man bemerkt eine deutliche Erhebung in der linken Stirnscheitelregion.

Der Schädel wird eröffnet, man entfernt 25 Hydatidenblasen, doch starb das Kind einige Tage später in Koma.

Autopsie: Läsionen sind nur im Gehirn nachzuweisen. Die Meningen sind trüb, an der linken Seite ödematös. An der dritten Stirnwindung findet man die bei der Operation gemachte Oeffnung. Die Cyste sitzt im vorderen und unteren Teil des Stirnlappens. Die Windungen des Orbitallappens sind verschwunden, nur der Gyrus rectus und Tractus olfactorius nachweisbar. Die erste Stirnwindung ist kaum deformiert, von der zweiten fehlen die zwei unteren Drittel, die Dura mater ist mit der äußeren Cystenwand verwachsen.

Der Fuß der dritten Stirnwindung ist nahezu verschwunden, da die operative Entleerung der Cyste in diesem Niveau stattfand;

die Insula Reilii ist nicht nachweisbar. Die äußere Haut der Cyste ist dick und vom Gehirn leicht ablösbar. Im Inneren der Cyste findet man Bläschen, im oberen inneren Anteil einen hämorrhagischen Fleck. Zwischen der Cystenhöhle und dem Seitenventrikel besteht keine Kommunikation.

Ein schief von rückwärts nach vorne geführter Schnitt, welcher an der Roland'schen Furche beginnt, das Chiasma der Sehnerven berührt und zu den Punktionsstellen führt, ergibt folgenden Befund: In der linken Hemisphäre ein hämorrhagischer Herd, der von der Oberfläche im Niveau des mittleren Drittels der aufsteigenden Stirnwindung bis zum Corpus striatum und zur Insula Reilii reicht. Der linke Seitenventrikel erscheint abgeflacht. Tractus opticus und Linsenkern sind namentlich im unteren Ende, welches dem Druck der Cyste ausgesetzt war, deformiert. Die innere Kapsel zeigt tiefgreifende Veränderungen.

Auf einer anderen Schnittfläche sieht man einen kleineren hämorrhagischen Herd hinter der aufsteigenden Parietalwindung. Es besteht beträchtliche Erweiterung des rechten Seitenventrikels, desgleichen des vierten Ventrikels und des Aqueductus Sylvii. Das Kleinhirn und das übrige Großhirn zeigen keine mikroskopischen Veränderungen.

Figueira (Rio de Janeiro).

A. Stilo. *Un caso di meningismo da autointossicazione intestinale.* (Ein Fall von Meningitis nach Darmautointoxikation.) (Gazetta degli Ospedali e delle Clin. 1903, Nr. 2.) Dotti (Florenz).

Sörensen. *Fieber und Krankheitsbild der epidemischen Cerebrospinal-meningitis.* (Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 1 ff.)

Verf. erörtert in sehr ausführlicher Weise die Beobachtungen, die während einer Epidemie im Jahre 1898 an 60 Krankheitsfällen (meist Kindern) im Blegdam-Spitale in Kopenhagen gemacht worden sind. (Bezüglich der bakteriologischen Untersuchungen vergleiche E. Faber, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 34. Band.)

Das wichtigste, allerdings nicht neue, aber durch die mitgeteilten Kurven und Krankengeschichten sehr anschaulich gemachte Ergebnis ist der ungemein rasche Wechsel der Krankheitserscheinungen in jedem Stadium des Leidens und der springende Charakter des Fiebers. Die Höhe desselben geht den Attacken von Unruhe und Schmerzen in der Regel nicht parallel, sondern überholt sie gleichsam, so daß die schwersten Störungen oft mit Fieberremissionen zusammentreffen. Es kann aber auch trotz fortbestehenden hohen Fiebers der 12 bis 24 Stunden dauernde Schmerzanfall abklingen und in relative Ruhe oder Apathie und Schlafsucht übergehen. Viele Details sind im Originale nachzulesen.

Bemerkenswert ist noch ein am 4. Krankheitstage gestorbener Fall deswegen, weil er keine deutliche Meningitis, sondern nur eine Hyperämie der Dura und Leptomeninx aufwies, während ein anderer

am ersten Krankheitstage letal geendeter bereits eine leichte Entzündung der Hirnhäute erkennen ließ.

Die innerhalb des ersten Krankheitsmonates Verstorbenen zeigten in der Regel keinen Hydrocephalus neben der Meningitis. Ein Kind mit hochgradiger Ventrikelerweiterung wies gegen Ende seines Leidens zwar ausgesprochene terminale Symptome, aber bis kurz vor dem Tode freies Sensorium auf.

Bei 4 von den 19 obduzierten Fällen fanden sich tuberkulöse Herde, über deren Sitz keine näheren Angaben gemacht sind.

Thiemich (Breslau).

L. M. Spolverini. *Un caso di pachymeningite emorragica con trombosi dei seni in un bambino di 20 mesi. (Ein Fall von hämorrhagischer Pachymeningitis mit Sinusthrombose bei einem 20monatlichen Kinde.)* (Mitteilung in der Sektion Rom der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde [Nr. 4 dieser Monatsschrift].)

Verf. berichtet über alle Symptome des Kindes, betont den Gegensatz, den sie zu den anatomischen Veränderungen darbieten und neigt dazu hin, sie für hemiplegische, durch die anatom. Veränderungen nicht erklärliche Erscheinungen toxischer Natur zu halten. — Prof. Mya hält diese Erklärung der Hemiplegie beim Kinde für die richtige und erinnert an Fälle von Anämie mit Herdsymptomen, die einzig und allein den toxischen Erscheinungen zuzuschreiben waren.

Dotti (Florenz).

Griffith. *Sudden Death and unexpected Death in Early Life with special Reference to the so-called „Thymus Death“.* (Plötzlicher, resp. unerwarteter Tod im Kindesalter, mit speziellem Hinweis auf den sogenannten „Thymustod“.) (Amer. Medicine 20. Juni 1903.)

In seltenen Fällen kommt plötzlicher Exitus bei Neugeborenen infolge einer Koryza, bei Säuglingen überhaupt bei Pertussis vor. Als weitere Ursachen erwähnt Verf. das Erdrücken, fulminante Bronchopneumonie, Erschöpfungszustände, allgemeine Konvulsionen, Lues hereditaria, Blutungen, retropharyngeale resp. peribronchiale Abszesse, Tumoren im Brustraum, Aspiration von Speisen, Spulwürmern usw. Auf den sogenannten Thymustod wird näher eingegangen. Bei Untersuchung der Todesfälle an Laryngospasmus ist gewiß die Thymusdrüse häufig vergrößert, Rhachitis ist fast konstant vorhanden, Lymphdrüsenvergrößerung ein gewöhnlicher Befund, kurzum handelt es sich fast stets um den sogenannten Status lymphaticus. Verf. möchte jedoch den ungünstigen Verlauf als einen Herztod ansehen, beruhend auf Asthenie. Der Status lymphaticus braucht nicht unumgänglich vorhanden zu sein und ist nur als eine sehr häufige Begleiterscheinung des erwähnten Ausganges zu betrachten.

Wachenheim (New-York).

Bourneville. *Fin de l'histoire d'un idiot myxoedémateux.* (Archives de Neurologie, Vol. XVI, Nr. 92, Août 1903.)

Bourneville berichtet in seiner mit einigen sehr guten Textbildern und Tafeln ausgestatteten Mitteilung über das Lebensende und den Sektionsbefund eines mit 36 Jahren in Bicêtre verstorbenen Falles von klassischer Myxidiotie mit Zwergwuchs und Infantilismus.

Aus dem im Verein mit mehreren Mitarbeitern gewonnenen Leichenbefunde sei hier nur hervorgehoben, daß die Schilddrüse vollständig fehlte — es wurden auch keine Nebenschilddrüsen entdeckt — und ebenso die Thymus.

Die chemische Untersuchung der Haut ergab, daß dieselbe einen durch Wasser extrahierten und durch Essigsäure fällbaren Körper enthielt, der aber nach langem Kochen mit verdünnter Schwefelsäure keinen Fehling'sche Lösung reduzierenden Bestandteil abspaltete und deshalb nicht als Mucin aufgefaßt werden darf.

Die histologische Durchforschung des Zentralnervensystems ließ eine leichte chronische Leptomeningitis besonders über dem Parazentralläppchen und über den Frontalwindungen erkennen. In diesem Bereiche und weniger ausgesprochen in der ganzen Hirnrinde sind die Ganglienzellen an Zahl vermindert, unregelmäßig verteilt und auch in ihrer Form abweichend vom normalen Typus. Die gleiche Entwicklungshemmung wie an den Zellen zeigt sich an den Markfasern, die, ebenfalls an Zahl geringer, auffallend schmal sind. Tangential- und Radialfasern sind gleichmäßig beteiligt, ohne daß übrigens an irgend einer Stelle ein völliger Faserschwind besteht.

Eine Vermehrung der Neuroglia ist nur an den oberflächlichsten subpialen Rindenschichten deutlich, wo auch Zell- und Faserarmut am markantesten ist.

Durch die genannten Untersuchungen und eine durch viele Zahlenangaben illustrierte Beschreibung des zwergenhaften Skelettes ist dieser Fall vielleicht der am genauesten durchforschte, der bisher überhaupt veröffentlicht worden ist.

Aus der Krankengeschichte ist nachzutragen, daß die nach verschiedenen Methoden durchgeführte Schilddrüsenbehandlung wirkungslos geblieben war. Den Schluß der Arbeit bildet eine Aufzählung von 14 eigenen Arbeiten Bournevilles über das Myxödem und ähnliche Zustände.

Thiemich (Breslau).

R. Bartz. *Athyreosis im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschrift 1903, Nr. 20.)

Bericht über zwei Fälle von infantilem Myxödem im Alter von 7 Monaten, bzw. 3 Jahren, die durch längere Zeit fortgesetzte spezifische Therapie (alle zwei Tage 0.25 g Thyraden) erheblich gebessert wurden. Besonders unangenehm erwies sich Verf. der Widerstand der Angehörigen, der dadurch erklärlich wurde, daß die psychische Entwicklung mit der verhältnismäßig rasch gebesserten körperlichen nicht gleichen Schritt hielt. Bartz rät daher, darauf

hinzuweisen, daß die psychische Entwicklung selten ganz zur normalen zurückkehrt und die spezifische Behandlung jahrelang, eventuell das ganze Leben, fortgesetzt werden muß.

Böhm (Frankfurt a. M.).

Garnier et Santenoise. *Sur un cas de rachitisme congénital avec nanisme, chez un enfant arriéré.* (Archives de Neurologie, 25^e année, Vol. XVI [2^e série] pag. 31.)

Kasuistische Mitteilung eines hochgradigen Falles, der durch mehrere Illustrationen veranschaulicht wird. Röntgen-Aufnahmen sind anscheinend nicht gemacht worden, vielleicht hätten dieselben ergeben, daß außer der schweren Rhachitis eine abnorme Knochenbrüchigkeit (Osteopsatyrosis) an dem Zustandekommen der Difformitäten beteiligt war. Sehr großer Schädel, ob infolge von Hydrocephalus oder „Hypertrophia cerebri“, ist nicht zu entscheiden, geringe geistige Entwicklung.

Thiemich (Breslau).

Bourneville. *Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme. Amélioration considérable.* (Archives de Neurologie 25^e année, Vol. XVI [2^e série] pag. 38.)

Kasuistische Mitteilung, einen Knaben betreffend, der mit drei Jahren in die Anstalt (asile-école) von Bicêtre eintrat und dort fast 13 Jahre lang verblieb. Die Idiotie ist nach der Anamnese infolge einer mit Krämpfen einhergehenden Gehirnerkrankung im neunten Lebensmonate entstanden.

Das Wichtigste an dem Falle ist nach der Meinung des Ref., daß die erhebliche Besserung (durch Bilder veranschaulicht) lediglich durch „traitement médico-pédagogique“ erzielt wurde. Hätte der Knabe daneben Schilddrüsentabletten erhalten, so würde er als Paradefall für deren Wirksamkeit vorgeführt werden können.

Thiemich (Breslau).

Crozer-Griffith J. C. (Pennsylvania). *Le scorbut infantile.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1903, Juli, Seite 289.)

Verf. verteidigt die amerikanischen „Milchlaboratorien“, gegen die in der Société de pédiatrie in Paris der Vorwurf erhoben worden war, daß sie die Ursache des häufigen Vorkommens der Möller-Barlow'schen Krankheit seien. Diese Laboratorien hätten nur die Aufgabe, nach der Angabe der Aerzte für jeden Säugling speziell die Nahrung an Stelle der Mutter in jeder Beziehung einwandfrei zuzubereiten und zu liefern, und könnten somit von dem erwähnten Vorwurfe nicht getroffen werden. Im Anschlusse hieran entwickelt Crozer-Griffith seine Ansicht über die Aetiologie der Möller-Barlow'schen Krankheit folgendermaßen: Da diese Krankheit bei Ernährung mit sterilisierter, pasteurisierter und roher Milch, bei künstlicher Ernährung und bei Brustkindern zustande kommt, so seien zwei Entstehungsmöglichkeiten gegeben. Entweder fehle ein für die Entwicklung des Kindes notwendiges Element in der Nahrung, indem es durch Sterilisation vernichtet oder infolge von

Verdünnung oder von Hause aus (Muttermilch) in zu geringer Menge vorhanden sei (Citrates?), oder in der Nahrung befinde sich ein dem kindlichen Organismus schädliches Element, als das in Amerika vielfach die Stärke beschuldigt werde. In jedem Falle sei auch die individuelle Disposition für die Erkrankung an Möller-Barlow'scher Krankheit ein ätiologisch zu beachtender Faktor.

Weigert (Breslau).

M. Codecà. *Un caso di morbo maculoso di Verlhof in una bambina. (Ein Fall von Werlhof'schem Morbus maculosus bei neunmonatlichem Kinde.)* (Gazzetta degli Ospedali e delle Clin. 1903, Nr. 23.)

Klinische Beschreibung des Falles ist dadurch interessant, daß er bei einem Säugling aufgetreten ist. Uebrigens kommen in der Literatur andere Fälle vor.

Dotti (Florenz).

V. Trischitta. *Il morbo di Flaiani-Basedow nell'infanzia. (Die Flaiani-Basedow'sche Krankheit im Kindesalter.)* (La pediatria 1903, Nr. 2.)

Drei Fälle bei 13- bis 14jährigen Kindern. In der Literatur zirka 50 Fälle. Die Krankheit zeigt sich oft bei mehreren Gliedern einer Familie zugleich. Tachykardie ist gewöhnlich bei Kindern weniger hervortretend als bei Erwachsenen und auch die subjektive Empfindung ist nach Verf. weniger lästig.

Dotti (Florenz).

F. Orta. *Intorno al morbo di Riga; ricerche cliniche e sperimentali. (Ueber Riga'sche Krankheit, klinische und experimentelle Untersuchungen.)* (Arch. di patologia e clin. infantile 1903, Nr. 1.)

Dotti (Florenz).

U. Frizzoni. *Un caso di produzione sottolinguale con abbondante accumulo di cellule eosinofile fra gli elementi del tumore. (Lo Sperimentale, Archivio di biologia norm. e pat. 1903, f. 2.)*

Verf. gibt die histologische Beschreibung einer sublingualen Wucherung, die an einem an Mutterbrust ernährten Säugling in ausgezeichnetem Ernährungszustande in der Klinik Prof. Myas operiert wurde. Da Verf. im Geschwür eine reichliche Anhäufung eosinophiler Zellen vorfand, vergleicht er diesen histologischen Befund mit dem sich bei gewissen Haut- und Schleimhautaffektionen und bei Laryngitis verucosa ergebenden, in welcher letzterer Verf. sowie andere ebenfalls zahlreiche eosinophile Zellen bemerkt haben. Er bespricht darnach die Ursachen des Vorkommens solcher Elemente im oben beschriebenen Tumor und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Er glaubt, daß in allen Fällen sublingualer Wucherung und in den harten Papillomen der Laryngitis verrucosa eine Anhäufung eosinophiler Elemente in den Geweben nachgewiesen werden müsse, wenn nur die Neubildung die epitheliale Einkleidung

gänzlich erhalten und dadurch den bakteriischen Invasionen von außen einen Damm gesetzt hat.

2. Eine solche Häufung ist die Folge einer positiven Chemotaxis.

3. Das spezifische Agens einer solchen Chemotaxis ist das Produkt der Zerstörung der Epithelien, die durch den andauernden Druck, dem die Neubildung ihres anatomischen Sitzes wegen ausgesetzt ist, begünstigt wird.

Der Arbeit sind zwei schöne chromolithographische Abbildungen mikroskopischer Präparate beigelegt. Dotti (Florenz).

Nicola, F. *Intorno alla laringite stridula o falso croup nell infanzia. (Ueber Pseudokrupp im Kindesalter.)* (II Policlinico, Sez. pratica, 1903.)

Nach Behandlung der Geschichte der Krankheiten der Säuglinge veröffentlicht Verf. 2 Fälle von Pseudokrupp, einen bei einem dreijährigen Knaben, den andern bei einem zwölfjährigen Mädchen, und stellt die Differentialdiagnose auf Krupp und Spasmus glottidis. Kur mit Senfpflastern gab bessere Resultate als die vom Verf. empfohlene Eisanwendung. Dotti (Florenz).

Morse. *Report of eight cases of Pneumonia in Infancy treated with Antipneumococcic Serum. (Bericht über acht Fälle von Pneumonie im Säuglingsalter, mit Antipneumokokkenserum behandelt.)* (Arch. Pediat., 1. Juli 1903.)

Verf. findet das Serum ohne irgendwelchen günstigen oder deletären Einfluß auf den Krankheitsprozeß.

Wachenheim (New-York).

Ludwig Jehle. *Ueber Pneumokokken-Agglutination mit dem Blutserum pneumoniekranke Kinder.* (Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 32, 1903.)

In allen mit einer Krise zum Abschluß gelangten Fällen konnte eine relativ sehr hohe Agglutinationskraft des Serums beobachtet werden; dieselbe ging regelmäßig mit einer meist hohen Leukozytose und einer deutlichen Verminderung der Chloride im Harn einher. Dagegen zeigte ein Fall von Lobulärpneumonie mit geringer Leukozytose, ferner eine Morbillenpneumonie mit hoher Leukozytose absolut keine Agglutination.

Die Agglutination tritt schon im Beginn der Erkrankung auf, bleibt bis zum Eintritt der Krise beiläufig auf gleicher Höhe; es zeigt sich jedenfalls kein Ansteigen, sondern eher ein Absinken des Agglutinationsvermögens. Nach der Krise tritt sofort ein rasches Schwinden der Agglutinine ein, so daß nach 48 Stunden nur mehr geringe Mengen derselben vorhanden sind und schon nach vier Tagen das Serum sich nahezu indifferent gegen Pneumokokken verhält.

Die Methode hat eine praktische (diagnostische) und eine theoretische Bedeutung (für die Aetiologie) endlich einen Wert für

die Prognose, die bei einer unkomplizierten Pneumokokkeninfektion wohl anders gestellt werden kann, als z. B. bei einer schwerer verlaufenden Influenzapneumonie. Neurath (Wien).

Jochmann und Moltrecht. *20 Fälle von Bronchopneumonien bei Keuchhustenkindern, hervorgerufen durch ein influenzaähnliches Stäbchen: Bacillus pertussis Eppendorf.* (Zentralblatt für Bakteriologie, 34. Bd., 1. Heft.)

Die Verfasser haben im Sputum und in den pneumonischen Herden von pertussiskranken Kindern, die sekundär an Bronchopneumonien erkrankt waren, vorwiegend ein influenzaähnliches Stäbchen gefunden und sprechen dies als Erreger des Pertussis an. Sie halten ihn für äußerst verwandt, wenn nicht sogar identisch mit dem Pfeiffer'schen Influenzabazillus und berufen sich auf das in der Literatur häufig mitgeteilte Vorkommen von Influenzabazillen bei Sekundärinfektionen der Kinder.

Ref. will zugeben, daß das gefundene Stäbchen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Erreger der 20 Bronchopneumonien anzusehen ist, ist aber nicht überzeugt, den Erreger des so vielgestaltigen „klinischen Krankheitsbildes“ Pertussis vor sich zu sehen, zumal Untersuchungen fehlen, ob nicht auch bei Pneumonien, die nicht im Verlauf von Pertussis auftreten, dasselbe Stäbchen zu finden ist. Ueberhaupt erscheint es Ref. unwahrscheinlich, daß durch einen bestimmten Bazillus der typische krampfartige Husten beim Pertussis hervorgerufen wird, der oft, wenn auch meist nur vorübergehend, einer Suggestivbehandlung zugänglich ist.

Bartenstein (Breslau).

Barbour. *Capillary Bronchitis.* (Kapillarbronchitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc. 20. Juli 1903.)

Kerley. *Management of Catarrhal Pneumonia in Infants.* (Behandlung der katarrhalischen Pneumonie bei Säuglingen.) Ibid.

Beide Verff. sprechen sich gegen überflüssige Medikation aus. Barbour möchte hervorheben, daß Kapillarbronchitis ohne irgenwelche pneumonische Infiltration nicht vorkommt. Der Vorzug für das Strychnin in tüchtigen Dosen als Analeptikum wird beiderseits eifrig aufrecht erhalten. Wachenheim (New-York).

O. Cozzolino. *Sulla polmonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare.* (Ueber akute lobäre Pneumonie mit appendikulärem ectopischen Schmerz im Kindesalter.) (Gazz. degli Osped. e delle Clin. 1903, Gennaio.)

In Nr. 3, Bd. I, dieser Monatsschrift wird über die vier Fälle Massalongos berichtet, wozu Verf. einen Fall aus eigener Beobachtung hinzufügt, in dem Appendicitis leicht ausgeschlossen ist, da, dem Rate Guinons gemäß, bei Auflegen der flachen Hand auf den Unterleib und langsamem Eindrücken desselben letzteres ohne Schmerz gelang, was bei Appendicitis ganz unmöglich ist.

Dotti (Florenz).

Baduel und Gargano. *Su di una epidemia familiare da diplococco di Fraenkel.* (Ueber eine Familienepidemie aus Fränkels *Diplokokkus*.) (Riv. critica di clin. medica 1903, Nr. 1.)

Verff. haben eine Pneumonie-Epidemie beobachtet, in der mehrere Kinder verschiedener zusammenlebender Familien befallen wurden. Die Fälle wurden klinisch und bakteriologisch erforscht. In zehn Fällen lag Diplokokkämie vor. Dotti (Florenz).

E. Mensi. *Sulla sepsi dell'apparato respiratorio nella prima infanzia.* (Ueber Sepsis des Atmungsapparates in frühem Kindesalter.) (La Riforma medica, 1903, Nr. 2.)

Die septische Infektion des Atmungsapparates ist bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen, u. zw. aus verschiedenen Ursachen, nämlich: weniger ausgesprochener Phagocytose, geringerer Alkalieszenz des Blutes, unbedeutender bakterizider Wirkung der Organflüssigkeiten, bakterientötender Macht der Organflüssigkeiten, mangelnder Entwicklung der Hornschicht der Haut und der leicht erfolgenden Abschuppungen.

Die Invasionswege der Mikroorganismen sind meistens die Atmungswege selbst, welche, mit Ausnahme der Alveolen, schon in normalem Zustande eine große Anzahl Bakterien enthalten.

Die Infektion kann autochthon sein oder durch Ansteckung erfolgen.

Prophylaxis der autochthonen Infektion: Asepsis der oberen Wege durch Inhalation etc. Dotti (Florenz).

J. Cassel. *Statistische und ätiologische Beiträge zur Kenntnis der Herzfehler bei Kindern.* (Zeitschrift für klin. Medizin, 48. Bd., 5.—6. Heft.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

Bartenstein (Breslau).

Guinon. *Signes variables de congestion pulmonaire gauche au cours d'une péricardite chronique.* (Bulletins de la société de pédiatrie, Nr. 5, Mai 1903.)

Besprechung eines Falles, in dem während des Bestandes einer Endokarditis und Perikarditis bei einem 11jährigen Knaben die physikalischen Erscheinungen eines Infiltrates der linken Lunge, nämlich Dämpfung, hauchendes Atmen, feuchtes Rasseln und Reibegeräusche bestanden. Die Phänomene ließen sich fast zum Verschwinden bringen, wenn man den Pat. Knie-Brustlage einnehmen ließ, um beim Wiederaufsetzen nicht sofort, sondern erst nach einigen Augenblicken wieder aufzutreten. Freund (Breslau).

D. Barsi. *Febris typhoides helminthiatica.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 31, S. 1480.)

Als solche bezeichnet Barsi ein selbständiges Krankheitsbild, welches teils durch die Resorption der von den Askariden produzierten Toxine, teils durch den mechanischen Reiz der Würmer selbst im Intestinaltrakt verursacht wird. Die Symptome beschränken sich entweder bloß auf den Ver-

daunungsstrakt und zeigen nur geringfügige nervöse Erscheinungen oder es tritt das Bild einer schweren allgemeinen Intoxikation zu Tage. In den mitgeteilten vier Fällen ist eine Art Prodromalstadium vorausgegangen. Die Kinder waren sehr verstimmt, hatten wenig Appetit und unregelmäßigen Stuhl. Anfangs bestand einen bis zwei Tage lang Verstopfung, der später anhaltender Durchfall folgte. Die eigentliche Krankheit setzte in zwei Fällen mit einem heftigen Schüttelfrost und Temperatur von 40° – 40.5° C. ein; daneben heftiger Kopfschmerz und sich steigende Schmerzen im Bauch, das Sensorium wurde getrübt, die Patienten lagen mit hin- und herrollenden Augen in komaähnlicher Betäubung stundenlang da. Charakteristisch war der Wechsel der Temperatur, indem bei häufigen Messungen stundenlange fieberfreie Intervalle gefunden wurden und die Patienten sich erholten, bis ein neuer Fieberanfall mit neuen Gehirnsymptomen eintrat. In den zwei anderen Fällen stieg die Temperatur nicht über 38.5° – 38.8° C., zeigte aber dieselbe Intermittenz, das linke Hypogastrium und die Milzgegend waren sehr empfindlich. Diarrhöische Stühle mit erbsenbreiartigen Fäces, Fehlen der Milzschwellung, der Roseola und der trockenen Zunge waren allen Fällen gemeinsam. Alle Erscheinungen schwanden nach Austreibung der Askariden, die auf einige Dosen Santonin und Kalomel in ganzen Knäueln abgingen, vollständig.

Unger (Wien).

Perzina J. *Ueber einen Fall von knotiger Leberhyperplasie.* (Inaug.-Dissert., Leipzig, 1903.)

Perzina bereichert die Kasuistik dieser im Kindesalter bisher kaum beschriebenen Lebererkrankung um einen neuen Fall, der im pathologischen Institute zur Obduktion kam und ein 14-jähriges Mädchen betraf. Das Kind, aus gesunder Familie stammend, erkrankte nach mehrmaligem Gelenksrheumatismus $5\frac{1}{2}$ Monate vor seinem Tode an Ikterus; schwere Krankheitssymptome (Besinnungslosigkeit, hochgradige Schmerzen in der Oberbauchgegend und Krämpfe) stellten sich etwa 14 Tage vor dem Exitus ein. Die mit der Umgebung fest verwachsene Leber, stark verkleinert und erheblich deformiert durch zahlreiche erbsen- bis kirschgroße Prominenzen, bot in mikroskopischen Schnitten das Bild der aus Gallengangsepithelien hervorgehenden Leberzellen im Bereiche der Knotenbildung; gleichzeitig fanden sich in den größeren Knoten nekrotische Herde, welche Perzina auf Atrophie durch toxische bezw. infektiöse Prozesse zurückführt.

Brüning (Leipzig).

Aldrich. *Case of Ludwig's Angina from Infection of Lingual Frenum.* (Fall von Angina Ludovici durch Infection des Frenulum linguae). (Arch. Pediat., Juni 1903.)

Nach der häufigen Unsitte zerriß die Hebamme das Frenulum mit einer beschmutzten Stecknadel wegen vermeintlicher Verwachsung.

Wachenheim (New-York).

E. Oberwarth. *Primäre Angina gangraenosa bei einem Knaben.* (Deutsche med. Wochenschr., 1903, Nr. 17 und 18.)

Von dieser primären, nicht im Verlaufe von anderen schweren Erkrankungen, wie Diphtherie, Scharlach, Typhus, Variola etc. entstandenen Erkrankung hat Verf. nur 22 Fälle in der Literatur aufgeführt gefunden, zumeist französischer Herkunft. Nach der

ausführlichen Beschreibung Trousseaus sowie anderer Autoren besteht die Affektion, die oft zum Tode führt, in einer Nekrose der Rachenschleimhaut, die zuweilen auf Wangen und Lippen übergreift, ohne epidemischen Charakter, völlig Gesunde ergreifend. Starker Foetor ex ore, je nach der Ausbreitung, zuweilen an Kotgeruch erinnernd, näselnde Stimme, meist heftiger Schluckschmerz, Halsdrüenschwellung, die aber auch fehlen kann. Dabei besteht schwerster Allgemeinzustand, mit starker psychischer Depression, subnormale Temperatur, verlangsamer Pulsschlag, Tod erfolgt im Kollaps oder Koma. — Aetiologisch steht nichts Sicheres fest. Löffler'sche Bazillen fehlten. Die Disposition scheint bei Erwachsenen größer als bei Kindern, die Mortalität beträgt 50%, die letal verlaufenden Fälle zeigen das Bild schwerer Sepsis mit schweren Gehirnerscheinungen (Benommenheit, Delirien, soporöser Zustand, Diplopie, stundenlanger Singultus). Von Komplikationen kamen vor: venöse Stauung in den Bauchorganen, Fibringerinnsel im rechten Ventrikel, Glottisödem, auf Phlebitis beruhende Gliederschmerzen, vor allem Blutungen, teils arterieller Herkunft (Arrosion), teils kapillarer toxischer (Bulbus oculi, Haut, seröse Häute, Endokard, Hirnhäute).

Die Affektion tritt zuweilen in Schüben auf mit freien Intervallen, der gangränöse Charakter zeigt sich mitunter erst im späteren Verlaufe, nachdem vorher eine scheinbar harmlose Angina bestanden, die Dauer ist meist 2 bis 3 Wochen, doch ist auch Dauer von $1\frac{1}{2}$ Jahren beobachtet. Die Prognose ist abhängig von der Ausbreitung, besonders ernst ist die diffuse Rachengangrän. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Angina Vincenti (hiebei gutes Allgemeinbefinden, charakteristischer bakteriologischer Befund, benigner Verlauf), Diphtherie (hiebei spezifische Bazillen, Schwellung der Halsdrüsen meist beträchtlich erhabene, abziehbare Membranen gegenüber der Zerklüftung bei Gangrän), Lues (hiebei indolente, große Drüsentumoren). Die Therapie ist machtlos, anfangs Brechmittel, später Gurgelungen und Aetzungen, innerlich Roborantien.

Der von Oberwarth mitgeteilte Fall betrifft einen 12jährigen Knaben, der 8 Wochen poliklinisch, dann $5\frac{1}{2}$ Wochen bis zum Tode stationär behandelt wurde.

Der Verlauf geschah in 5 Etappen, abwechselnd die linke und rechte Seite ergreifend, mit Intervallen deutlicher Besserung bzw. Abheilung. Die einzelnen Anfälle nahmen an Intensität und Schwere zu. Ebenfalls charakteristisch waren die Blutungen (Petechien, Netzhaut, Endokard etc.). Das laute systolische Geräusch während der letzten Anfälle war, wie die Sektion feststellte, nicht endokarditisch, ebensowenig wie in einem anderen Falle derselben Affektion. Bezüglich der Aetiologie neigt Oberwarth der Ansicht zu, daß es sich wahrscheinlich um eine Infektionskrankheit, ähnlich der Diphtherie, handle, mit Prädisposition für die Rachenteile und nachträglicher allgemeiner Vergiftung.

Boehm (Frankfurt a. M.).

Zuber. *Dilatation aortique rhumatismale.* (Revue mensuelle des mal. de l'enfance, Juin 1903.)

Ein Fall von hartnäckig rezidivierendem Gelenkrheumatismus, bei dem seit einigen Jahren eine allmählich immer beträchtlicher

werdende spindelförmige Erweiterung der Aorta beobachtet wird. Der zugrunde liegende arteriitische Prozeß scheint im Begriffe, sich von der Aorta aus nach den Arterien auszubreiten. Die physikalische Diagnostik des Falles wird eingehend besprochen. Freund. (Breslau).

Max Reiner. *Ueber die multiple, sogenannte chronisch-rheumatische Gelenkentzündung im Kindesalter.* (Zeitschrift für Heilkunde, Band XXIV, Heft 1, Seite 157.)

Mitteilung genauer Krankengeschichten von drei Kindern unter 10 Jahren mit schönen Röntgenbildern und Besprechung dieser im Kindesalter ziemlich seltenen Affektion von folgenden Gesichtspunkten aus: 1. Chronische Entwicklung mit akuteren Nachschüben. 2. Das Ergriffensein aller großen und kleinen Extremitätengelenke. 3. Die hochgradige konzentrische Atrophie, resp. periostale Hypoplasie der langen Röhrenknochen. 4. Die Beteiligung der Epiphysen. 5. Die Differenz in den pathologischen Erscheinungen an den langen und kurzen Röhrenknochen. Hier ist die einschlägige Literatur genau wiedergegeben.

Reiners Fälle sind von besonderem Interesse, weil er an einem und demselben Individuum gleichzeitig verschiedene Typen chronischer Entzündung fand, nämlich a) die chronische adhäsive Form des Rheumatismus articulo-rum, b) eine in die Gruppe der deformierenden Arthritis einzureihende Form und c) eine der Arthritis nodosa ähnliche Form, dann aber wegen den Folgezuständen am Skelett; es sind dies a) die hochgradige konzentrische Atrophie der langen Röhrenknochen und b) die an den Epiphysen der kürzeren Röhrenknochen sichtbare Zerteilung des Epiphysenkernes in einzelne Stücke. Zuppinger (Wien).

Bernstein. *Zur Frage der Pathogenität der Blastomyceten beim Menschen.* (Zeitschrift für klin. Medizin, 49. Bd., Heft 5—6.)

Bei einem $2\frac{1}{4}$ Jahre alten Knaben trat ein remittierendes Fieber auf; an jedem dritten Tage stieg abends die Temperatur auf $39-40^{\circ}$, während an den beiden anderen Tagen nur $37.5-38.5$ gemessen wurde. Da kein innerer Organbefund dieses Fieber erklärte, wurde an Malaria wegen des Tertiantypus gedacht. Die Blutuntersuchung ergab statt der erwarteten Malariaparasiten Gebilde, die nur als Blastomyceten gedeutet werden konnten. Chinin blieb ohne Einfluß auf das Fieber. Unter allmählichem Verfall ging das Kind zwei Monate später zugrunde, nachdem kurze Zeit vorher katarrhalische Erscheinungen auf den Lungen und Nackensteifigkeit festgestellt worden war. Die Sektion ergab miliare tuberkelartige Herde in den Lungen, der Leber und der Pia, einen erbsengroßen, an einen Solitärtuberkel erinnernden Herd im Kleinhirn; Tuberkelbazillen waren aber weder in diesen Herden noch sonst in den Organen zu finden. Dieser Befund — tuberkelähnliche Herde ohne Tuberkelbazillen — steht mit dem bei experimenteller Blastomykose gefundenen in Uebereinstimmung. In den Herden fanden sich dieselben Gebilde wie im Blut, die sich nach der von

Busse für Blastomyketen angegebenen Methode mit Karbolfuchsin intensiv färbten. Die Anwesenheit von Riesenzellen sprach neben der fehlenden Fadenbildung gegen die Annahme, daß die genannten Gebilde Oidien waren. Bartenstein (Breslau).

Bernard. *Ueber ein diagnostisch wertvolles Frühsymptom beim Abdominaltyphus der Kinder.* (Archiv für Kinderheilkunde, 36. Bd., 3. bis 6. Heft.)

Verf. fühlt bei Typhus mittels „walgender“ Palpation der Ileocöcalgegend zwei bis drei Intumescenzen von der Größe und Gestalt einer Haselnuß oder eines Taubeneies, die parallel zu der Achse des Körpers in Zwischenräumen von 1 bis 2 cm in einer geraden Linie übereinanderstehen und deren Längendurchmesser mit der Achse des Körpers ebenfalls parallel verlaufen.

Ref. kann dem Herrn Verfasser zu seiner Palpationstechnik nur gratulieren. Bartenstein (Breslau).

Sobel. *The Paroxysms of Whooping-Cough treated by Pulling the Lower Jaw downwards and forwards.* (Behandlung der Anfälle beim Keuchkusten durch Zug am Unterkiefer nach vorn und unten.) (Arch. Pediat., Juni 1903.)

Verf. gibt eigene Erfahrung mit dieser halbvergessenen, zuerst von Naegeli empfohlenen Methode. Der Erfolg ist äußerst günstig in bezug auf Coupierung der Attacken. Verf. dringt auf allgemeinere Aufnahme des leichten Handgriffs. Wachenheim (New-York).

K. A. Krestnikoff. *Zur Morphologie des Blutes bei der Parotitis.* (Dissertation, St. Petersburg, 1902.)

Der Verfasser hat zwölf seiner Fälle der Parotitis und drei Fälle, die mit Orchitis kompliziert waren, beobachtet, während des Fiebers und zwei folgende Tage lagen die Kranken im Bette. Das Blut wurde bei jedem Kranken vier- bis neunmal während der Krankheit untersucht (von 10 bis 11 Uhr des Morgens). Die Blutuntersuchungen bewiesen, daß in reinen Fällen der Parotitis (ausschließliche Läsion der Speicheldrüsen) in den meisten Fällen keine Hyperleukocytosis gefunden werden konnte; die Vermehrung der Zahl der Lymphocyten war selten und dauerte eine kurze Zeit, die Zahl der Lymphocyten war um etwa 50—72% vermehrt, die Zahl der Polynukleären stark vermindert. Von der Seite der Erythrocyten gelang es dem Verfasser nicht, bestimmte Veränderungen zu finden. Die Blutveränderungen, obgleich kurzdauernd, un stetig und relativ, verlaufen parallel dem Krankheitsverlaufe und begleiten jede neue Äußerung der Krankheit, der letzteren (Äußerung) auf 2—3 Tage vorangehend. Einige Tage vor der Entwicklung des Orchitis beobachtet man eine kleine polynucleare Hyperleukocytosis mit Erhöhung der absoluten Zahl der Leukocyten-Hauptarten; die Blutveränderungen gehen auch auf einige Tage der Komplikation durch Erbrechen, Fieber und intestinale Erscheinungen voran.

M. Breitmann (St. Petersburg).

Carlsburg W. *Ueber die präventive Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen.* (Inaug.-Dissert. Greifswald, 1903.)

Nach kurzem historischem Rückblick auf die segensreiche Credéisierung der Augeneiterung empfiehlt C. das Einträufeln einer nur 1^o/₁₀igen Argentumlösung beim Neugeborenen als absolut zuverlässig und nur selten von geringgradiger Reizwirkung begleitet. In der Greifswalder Frauenklinik wurden in den Jahren 1892 bis 1903 unter 2304 credéisierten Neugeborenen keine Frühinfektionen und nur 4 Spätinfektionen (0·174^o/₁₀) am 7. bzw. 8. Tage nach der Geburt beobachtet. Brünig (Leipzig).

Brünig H. *Un cas d'urétrite blennorrhagique chez un garçon de neuf ans.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 14.)

Kasuistische Mitteilung dieser im Knabenalter seltenen Affektion aus dem Leipziger Kinderkrankenhaus.

Brünig (Leipzig).

C. Coggi (Milano). *Contributo allo studio dell'azione del siero antidifterico sul b. del tetano.* Dotti (Florenz).

Margulies. *Die Miliartuberkulose der Choroida als Symptom der akuten allgemeinen Miliartuberkulose.* (Zeitschrift f. klin. Medizin, 48. Bd., 3. bis 4. Heft.)

Verf. teilte einen Fall bei einem elfjährigen Knaben mit, bei welchem das sonst für charakteristisch gehaltene Merkmal die Prominenz des Tuberkels nach der Retina trotz der Größe vollständig fehlte, so daß die Diagnose intra vitam nicht mit absoluter Sicherheit gestellt werden konnte. Die Untersuchung post mortem ergab, daß die Choroidealtuberkel ihre Entwicklung nicht in der Choriokapillaris, sondern in einer tieferen Schicht der Aderhaut, und zwar von der Wand einzelner größerer Venen nahmen. Tuberkelbazillen wurden nur in der Umgebung der Gefäße in der Mitte zwischen Papille und Ora serrata nachgewiesen. Verf. nimmt eine Infektion auf dem Lymphwege an. Als primärer Herd bestanden tuberkulöse Gelenkserkrankungen, die mit Redressement forcé behandelt wurden.

Bartenstein (Breslau).

Arroz-Alfaro G. *La tuberculose infantile à Buenos-Ayres et particulièrement ses formes diffuses.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 14.)

Aus der im wesentlichen statistischen Arbeit seien nur folgende Zahlen hervorgehoben: In Buenos-Ayres betrugen die Todesfälle an Tuberkulose 10·96^o/₁₀ aller Todesfälle, davon 1·03^o/₁₀ bei Kindern im ersten Lebensjahre; in den Jahren 1892 bis 1901 schwankte die Mortalität an Tuberkulose zwischen 2·01 bis 2·04 pro 1000 Einwohner. Bei Kindern waren meistens die Lungen affiziert und meist gleichzeitig auch die Bronchialdrüsen erkrankt. Tuberkulöse Prozesse des Verdauungstraktes fanden sich selten; nur ein einzigesmal konnten einzelne tuberkulöse Knötchen im Myokard nachgewiesen werden.

Brünig (Leipzig).

E. R. Hinz. *Ueber profuse Hämoptöe im frühen Kindesalter bei der Lungentuberkulose.* (inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)

Unter Benützung der einschlägigen Literaturangaben sammelt Hinz 45 Fälle von profuser, fast stets letaler Lungenblutung bei Kindern bis zum siebenten Lebensjahre. In 20 Fällen unter 35 Sektionen konnte die Ursache der Blutung in Gestalt eines geborstenen Aneurysmas oder in Form einer Perforation der A. pulmonalis nachgewiesen werden. Hinz selbst bereichert die Kasuistik der Pneumorrhagien im Kindesalter durch die ausführliche Mitteilung eines Falles aus der Königsberger Klinik (Prof. Falkenheim). Das Kind starb im Anschlusse an eine ziemlich starke Lungenblutung, die, wie die Sektion ergab, aus einer mit frischem Blutcoagulis erfüllten Kaverne des linken Unterlappens stammte. Nebenbei ergab die Sektion Tuberkulose der Bronchialdrüsen und miliare Tuberkulose in Milz und Nieren. Brünig (Leipzig).

Leroux. *La cure marine de la peritonite tuberculeux.* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. VI, S. 536.)

Bericht über einen Fall von Peritonealtuberkulose, der durch Aufenthalt an der See in 15 Monaten vollständig ausgeheilt sein soll. Abgesehen davon, daß die Diagnose einer tuberkulösen Peritonitis vom Verf. durchaus nicht einwandfrei begründet ist, scheint es auch gewagt, den etwaigen Heilerfolg gerade dem Aufenthalte an der See zuzuschreiben, da Verf. gleichzeitig mit mehreren Mitteln gegen die Affektion vorgegangen ist (Guajakolinjektionen, Ueberernährung, Zomotherapie, Hydrotherapie, absolute Ruhe).

Weigert (Breslau).

Luis Maquío. *Variola congénitale sans variole de la mère.* (Revista Medica del Uruguay, Avril 1903.)

Im letzten Monate der Schwangerschaft erkrankte eine bis dahin gesunde Multipara an hohem Fieber, welches einige Tage anhielt, und verspürte auch während dieser Zeit stärkere Bewegungen der Frucht, doch verschwand dieser Zustand vollständig. Die Entbindung war normal, das Kind zeigte jedoch eine typische pustulöse Eruption, seine Schwester erkrankte nach einigen Tagen an Variola und starb an kruppöser Pneumonie. Das Kind selbst zeigt gegenwärtig echte Blatternarben, daneben besteht gewöhnlicher Hydrocephalus. Figueira (Rio de Janeiro).

G. Tugendreich. *Ein Fall von Meningo-Encephalitis heredo-syphilitica bei einem Säugling unter dem Bilde des Hydrocephalus externus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 425.)

Darstellung eines klinisch und anatomisch sorgfältig studierten Falles aus dem unter Finkelsteins Leitung stehenden Kinderasyl der Stadt Berlin. Tod mit 6½ Monat an einer interkurrenten Kapillärbronchitis. Sichere Zeichen von Lues am Kinde nur während der ersten Lebensstage (bei zweifelloser mütterlicher Syphilis), doch spricht das histologische Bild der hauptsächlich im linken

Stirnklappen lokalisierten Meningitis und Encephalitis (Gefäßveränderungen) für Lues. Quecksilberbehandlung war wirkungslos geblieben.

Die Kenntnis der hereditär-syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist bisher so gering, daß jeder kasuistische Beitrag zu diesem Kapitel wertvoll ist. Thiemich (Breslau).

Bartenstein. *Altération hépatique grave chez un hérédosyphilitique.* (Révue d'hygiène et de médecine infantiles, Nr. 3, 1903.)

Verf. hatte Gelegenheit, bei einem hereditär-luetischen Säugling von vier Monaten, der einer rasch verlaufenen Lungenerkrankung erlegen war, auf dem Sektionstische eine ausgebildete Lebercirrhose zu beobachten, die intra vitam keinerlei Erscheinungen gemacht hatte. Der überaus seltene Befund wurde histologisch untersucht. Die anatomischen Beschreibungen sind durch ein Photogramm gut illustriert. Freund (Breslau).

Wieland. *Das Diphtherieserum, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 57. Bd., Nr. 5.)

Bringt im wesentlichen nichts Neues und ist infolge des großen Umfanges der Arbeit zu einem kurzen Referat nicht geeignet. Bartenstein (Breslau).

Kassowitz. *Die Erfolge des Diphtherieserums.* (Vierter Artikel.) (Therapeutische Monatshefte, Juli 1903, Seite 333.)

In dieser vierten Arbeit, die ganz im Sinne der früheren verfaßt ist, wendet sich Kassowitz hauptsächlich gegen Lichtwitz jr. und im Nachtrage gegen Wieland. Die von Kassowitz als nahe bevorstehend prophezeite vollständige Niederlage der Serumfreunde vermag Referent noch nicht vorauszusehen.

Zuppinger (Wien).

Geißler. *Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1903, Nr. 17.)

Ausführlicher Bericht über die Behandlung von 120 Fällen aus landärztlicher Praxis, der, ohne wesentlich Neues zu bringen, die allgemeinen Erfolge bestätigt. Boehm (Frankfurt a. M.).

Schön-Ladniewski. *Ueber „larrierte“ Angina diphtherica und Follicularis.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 57. Bd., Nr. 4.)

Eine Beobachtung aus der Praxis, die durch den Titel erläutert wird. Bartenstein (Breslau).

v. Schoeller. *Zweimaliges Auftreten von Laryngitis crouposa innerhalb fünf Wochen.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 58. Bd., 1. Heft.)

Bei diesem Falle von Larynxdiphtherie war zwischen dem ersten und zweiten Krupp eine Maserninfektion eingetreten, die wohl das Auflackern der ersten Diphtherieinfektion ermöglichte und zum Exitus führte. Die Obduktion ergab ausgebreiteten diphtherischen Krupp. Bartenstein (Breslau).

Rosenthal. *Changes in the Management of Laryngeal Diphtheria treated by Intubation. (Änderungen in der Behandlung intubierter Fälle von Larynxdiphtherie.)* (Arch. Pediatrics, Juni 1903.)

Verf. benützt Wasserstoffsuperoxyd als Spray vor der Intubation zur Erleichterung derselben. Der Seidenfaden wird stets von der Tubenöse entfernt, er ist von zweifelhaftem Nutzen und stört den Patienten. Bei Verlegung der Tube wird Reinigungsversuch mit demselben Spray vor eventueller Extubation empfohlen. Wichtig ist, daß das Tubenmaß der Größe, nicht dem Alter des Kindes angepaßt sei.

Bei der Ernährung gibt der Verf. der flüssigen Kost den Vorzug, als bestes Analeptikum gilt Strychnin.

Wachenheim (New-York).

Northrup. *Pharyngeal Croup relieved by Nasal Intubation. (Rachenkrupp, durch Nasentubage erleichtert.)* (Arch. Pediat., Juli 1903.)

Derselbe. *O'Dwyer's Intubation Instruments. Added Small Tubes for Infants under One Year. (Die O'Dwyer'schen Intubationsinstrumente. Dazu Tuben für Säuglinge unter einem Jahr.)* (Ibidem.)

In dem Falle von Pharyngealkrupp erzielte Verf. durch Einführung weicher Gummischläuche durch die Nase große Erleichterung der Atemnot. Das Kind starb einige Tage später an Pneumonie.

Verf. dringt auf die exakte Modellierung der Intubationsinstrumente nach O'Dwyers Vorschriften, die nach den sorgfältigsten Studien am Kadaver ausgearbeitet waren. Durch Abweichungen in Material und Form wären die weniger günstigen Erfolge sowie häufiger Dekubitus usw. bei den späteren, namentlich europäischen, Autoren zu erklären. Verf. demonstriert kleinere Tuben für Kinder im ersten Lebensjahre.

Wachenheim (New-York).

L. Concetti. *Le Recidive e le ricadute nella difterite. (Rückfälle und Rezidive bei Diphtherie.)* (Rivista di Clin. pediatrica, 1903, Nr. 5.)

Diese Arbeit, mitgeteilt in der Sektion Rom der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde (s. Heft 4, Bd. II, d. Monatsschr.), betrifft 6 Fälle von Rückfall und 6 von Rezidiv, bakteriologisch konstatiert. Aus einer erschöpfenden Uebersicht des Verf.s über die einschlägige Literatur ergibt sich, daß oft Rezidiv mit Rückfall verwechselt wurde. Rückfälle, die durch infizierte Umgebung entstehen und durch hinzukommende begleitende sekundäre Infektionen begünstigt werden, sind noch ärger als die erste Krankheit und muß denselben durch reichliche Seruminjektionen vorgebeugt werden. Rezidive dagegen, die nach längeren Zeiträumen (von Monaten und Jahren) und verschieden lokalisiert auftreten, sind allgemein weniger gefährlich als der erste Anfall.

Dotti (Florenz).

L. T. Lewin. *Der Zustand des Gehörorgans bei Diphtherie.*
(Dissertation. St. Petersburg 1902.)

Der Verf. hat 60 Fälle (im Alter von acht Monaten bis 32 Jahren) untersucht und 38mal Veränderungen der Gehörorgane im Zusammenhang mit Diphtherie gefunden, d. h. in 63·3% der Fälle, dabei 84% unter 5 J., 13% von 5 bis 10 J., 3% von 10 bis 15 J. und 0% bei einem höheren Alter. Die Erkrankung verläuft gewöhnlich ohne subjektive Symptome, objektiv in einer leichten Form (einfache exsudative Entzündung des Mittelohres, selten ein tubotympanaler Katarrh, seltener Otitis media acuta, und ganz selten Perforation des Trommelfelles). Spezifisch diphtheritische Entzündung des Mittelohres ist sehr selten und schwer; diejenige des äußerlichen Ohres oft, auch bei dem normalen Zustand des Trommelfelles und der Trommelhöhle. Die Entzündung des Mittelohres war in einer Hälfte der Fälle eitrig, selten durch Mukosa- oder Knochenwucherungen begleitet; so ist Diphtherie im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten für das Ohr nicht gefährlich. Das innere Ohr ist meistens normal; der N. acusticus war dagegen immer am schwersten lädiert. Verf. glaubt, daß die Diphtherieotitiden eher durch den Einfluß des im Blute zirkulierenden Diphtherietoxines, als lokal durch eine direkte Fortpflanzung des Prozesses vom Rachen aus per tubam hervorgerufen werden.

M. Breitmann (St. Petersburg).

Ekholm. *Zur Scharlachübertragung durch Milch.* (Zeitschrift für klin. Medizin., 49. Bd., Heft 1—4.)

Bei einer Scharlachepidemie fand Verf., daß sechs Familien, in denen innerhalb kurzer Zeit Kinder an Scharlach erkrankten, die Milch aus ein und demselben Stalle bezogen. Da einerseits die Familien und deren Kinder nachweislich mit keinem Scharlachkranken in Berührung gekommen waren, anderseits ein in dem betreffenden Kuhstalle beschäftigtes Mädchen an phlegmonöser Angina kurze Zeit vorher behandelt worden war, so nimmt Verf. an, daß bei diesem Mädchen eine Skarlatina bestanden hat und durch die Milch auf die sechs Familien übertragen wurde.

Bartenstein (Breslau).

v. Székely. *Beitrag zur Kenntnis der Scharlachinfektion.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 57. Bd., 6. Heft.)

Von zwei Kindern einer Familie erkrankt das ältere an einem mittelschweren Scharlach, der durch verspätetes Einsetzen der Abschuppung charakterisiert ist.

Neun Wochen später erkrankt das zweite Kind, das während der Krankheitszeit des Bruders außerhalb des Hauses gewesen und nach Desinfektion der Wohnung wieder zurückgekehrt war, an Halsentzündung und Bronchitis, der ein von der Hinterseite des Oberschenkels ausgehendes scharlachartiges Exanthem folgt. Verf. hält diese, im übrigen abnorm gutartig verlaufende Erkrankung für einen Scharlach, der durch eine von dem älteren Bruder bei dessen

Scharlach benützte und jetzt wieder bei dem jüngeren an ein juckendes Oberschenkelekeczem applizierte Zinksalbe übertragen worden sein soll.

Soweit der Tatbestand. Verf. meint nun, daß das Scharlachvirus durch die Aufbewahrung in der Zinksalbe abgeschwächt sei und macht den Vorschlag, im geeigneten Falle eventuell Scharlachschuppen, die einige Zeit in Zinksalbe aufbewahrt waren, Kindern prophylaktisch zu inokulieren.

Will man den Wert dieses Vorschlages beurteilen, so muß man sich die Frage vorlegen: Ist die zweite Erkrankung überhaupt Scharlach gewesen oder nur eine Angina nebst einem Exanthem infolge Idiosynkrasie gegen Zink? Letzteres nimmt Lederer (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., 1. Heft) in einer Entgegnung gegen Székely an.

Aber angenommen, auch das zweite Kind hätte Scharlach gehabt, so bedarf doch die Behauptung von Székely, die Uebertragung sei durch die Zinksalbe vermittelt worden, eines stringenteren Beweises, als er ihn erbringt.

Wenn man selbst aber diese Möglichkeit zugibt, so scheint doch der Vorschlag, Scharlachschuppen präventiv zu impfen, ganz unglaublich, ist im übrigen aber ziemlich harmlos, da sich wohl kaum ein Arzt zu einem derartigen Verfahren entschließen wird.

Steinitz (Breslau).

Scholz. *Die Serumbehandlung des Scharlachs.* (Fortschritte der Medizin 1903, Nr. 11.)

Verf. registriert die vorliegenden Arbeiten über die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszenten- und Antistreptokokkenserum. Er selbst hat Versuche mit Rekonvaleszentenserum gemacht, das er durch Aderlaß bei einem 14- und einem 20jährigen Mädchen am 20., bezw. 31. Krankheitstage bei völligem Wohlbefinden gewonnen hat. Er injizierte davon 9 fast durchwegs leichteren Scharlachfällen im Alter von 4 bis 20 Jahren am 1. bis 3. Krankheitstage 5 bis 20 cm³. „Ein kritischer Temperaturabfall, eine deutliche Beeinflussung oder Abkürzung des Krankheitsbildes konnte in keinem Falle beobachtet werden.“

Hohlfeld (Leipzig).

M. G. Dodin. *Masernkrupp und vier Fälle von Tracheotomie dabei.* (Wratschebnaja Gaseta 1903, Nr. 12 und 13, 22. und 29. III.)

Die Masern sind besonders bei kleinen Kindern keine leichte Krankheit. Die Larynxkomplikationen sind sehr schwer und müssen immer die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich lenken. Man müsse immer gedenken, daß auch außer Diphtherie kruppöse Prozesse sich im Larynx entwickeln können. Da die Resultate der Tracheotomie sowie Intubation nach dem Verfasser keine befriedigende sind, so muß man immer konservativ vorgehen, bis die Erscheinungen drohend werden; dann macht man eine Tracheotomie, die leider eine große Sterblichkeit gibt. Diphtherieserum

ist bei Masernkrupp inaktiv; es wäre wünschenswert, in solchen Fällen ein Streptokokkenserum anzuwenden.

M. Breitmann (St. Petersburg).

Frey. *Ueber das Vorkommen von Glykosurie bei otitischen Erkrankungen.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 171.)

Operativ geheilter Kleinhirnabszeß, zwei Wochen lang dauernde Glykosurie, in den ersten drei Tagen auffällige Pulsarhythmie, stark verlangsamte, vertiefte Atmung. Der Fall betrifft einen Erwachsenen. Verf. nimmt auch für die Fälle von Grunert (siehe diese Zeitschrift, 1. Bd., S. 478) direkte entzündliche Reizung des Bodens des vierten Ventrikels an.

Göppert (Kattowitz).

Pause. *Klinische und pathologische Mitteilungen.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 184.)

Bei einem elfjährigen Mädchen mit operativ geheilter linksseitiger Mittelohrentzündung, die zur Sequestrierung des Knochens des Labyrinths geführt hatte, trat nur beim Drehen auf dem Drehstuhle von rechts nach links mit plötzlichem Anhalten Nystagmus mit schnellem Zucken nach rechts und Schwindelgefühl mit scheinbarer Drehung nach rechts auf. Verf. schließt daher auf die Funktion des horizontalen Bogenganges der gesunden rechten Seite. Die durch die Drehung des Stuhles in gleicher Richtung, daher nach links, nach der Ampulle zu erregte Endolymph erzeugt beim plötzlichen Anhalten des Körpers dasselbe Gefühl wie bei feststehender Endolymph die Bewegung des Kopfes nach rechts, daher die Sinnestäuschung einer Bewegung des Kopfes nach rechts.

Göppert (Kattowitz).

Haug. *Das Anästhesin in der Therapie der Gehörgangsentzündungen und zur lokalen Anästhesie bei Trommelfell-Paracentese.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 266.)

Anästhesin wird in 4- bis 8%iger ölicher, alkoholischer oder Alkohol-Glyzerin-Lösung, in Verbindung mit Karbol, Thymol, Menthol oder Naphthol zur Behandlung schmerzhafter Affektionen des äußeren Gehörganges und bei beginnenden Mittelohrkatarrhen empfohlen. Die Schmerzstillung bei Paracentesen ist unsicher.

Göppert (Kattowitz).

Alexander. *Zur pathologischen Anatomie des Ohrmuschelkeloides.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 195.)

Zur Untersuchung dienten zwei Keloide aus den Ohrläppchen eines 14monatlichen Kindes, die sich zwei Monate nach der Durchstechung im achten Lebensmonate entwickelt hatten. Im Gegensatz zu der Theorie Warrens und im Einklange mit den Ansichten Thorns (Langenbecks Archiv, 54. Bd.) fand sich kein Zusammenhang mit den Blutgefäßen. Die Keloidbildung ging vom normalen Corium aus, das infolge des durch die Durchstechung gesetzten entzündlichen Reizes hypertrophierte. Hiedurch erfolgte

sekundär die Verödung der regionären Blutgefäße. Dem Tragen der Ohrgehänge wird keine ursächliche Bedeutung zugewiesen.

Göppert (Kattowitz).

Sugar. *Rudimentär entwickelte mißbildete Ohrmuschel mit Atresie des Gehörganges, Fistulae auriculae congenitae und Hemiatrophia facialis, wahrscheinlich infolge kongenitaler Hypoplasie des paralytischen Nervus facialis.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 216.)

Die Muskeln des Facialisgebietes zeigen sich dem Willensimpulse gegenüber als paretisch, bzw. gänzlich gelähmt. Der Tieferstand der rechten Gaumenbogen wird auf das Fehlen der Tube bezogen. Die elektrische Erregbarkeit der Gesichtsmuskeln ist im wesentlichen normal, nur der Quadratus menti der kranken rechten Seite schwerer erregbar. Abweichend von den bisher veröffentlichten Fällen ist die Atrophie der Gesichtsknochen und der Zungenhälfte der kranken Seite. Keine Sensibilitäts- und Geschmacksstörung.

Göppert (Kattowitz).

Ostmann. *Die Mißbildungen des äußeren Ohres unter den Volksschulkindern des Kreises Marburg.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, 58. Bd., S. 168.)

Unter 7537 untersuchten Schulkindern des Kreises Marburg fanden sich 54 Mißbildungen des äußeren Ohres, und zwar: Aurikularanhänge, einseitig, zwölfmal; Wildermuth'sches Ohr, beiderseits 24mal, einseitig (rechts) dreimal; Darwin'sches Spitzohr, doppelseitig sechsmal, einseitig (rechts) dreimal; Satyr-Ohr, doppelseitig einmal; Katzen-Ohr, doppelseitig einmal, einseitig rechts und links je zweimal. Auffällige Beispiele von Erblichkeit der Mißbildungen, speziell der Aurikularanhänge.

Göppert (Kattowitz).

Hymanson. *Congenital Asymmetry or Hemihypertrophy in an Infant. (Kongenitale Asymmetrie resp. Hemihypertrophie bei einem Säugling.)* (Arch. Pediat. Juni 1903.)

Der betreffende Knabe wurde von der sechsten Lebenswoche bis zum sechsten Monate beobachtet. Die Ungleichheit der beiden Körperhälften fiel bald nach der Geburt auf und zuletzt bestand eine außerordentliche Differenz. Rhachitis vorhanden. Verf. gibt eine Reihe von Glieder-, resp. Körpermessungen an.

Wachenheim (New-York).

Schön F. W. *Maligne Hodengeschwülste in den beiden ersten Lebensdecennien.* (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)

Zu 70 Fällen von in der Literatur beschriebenen bösartigen Tumoren der Hoden bei Individuen bis zu 20 Jahren fügt Schön einen Fall von Adenocarcinoma testiculi sin. bei einem 1 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben, der im Leipziger Kinderkrankenhaus operiert worden war; $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation war das Kind, wie Verf. bestätigen konnte, vollkommen gesund. Die Aetiologie der malignen

Neoplasmen im Kindesalter ist dunkel; Keimaberration, fötale Anomalien, Traumen etc. spielen eine Rolle. Brünig (Leipzig).

J. Martirené. *Absence congénitale des muscles pectoraux.* (Revista Medica del Uruguay, Mars-Avril 1903.)

Der Verfasser berichtet über einen Fall, ein zehnjähriges Kind betreffend, welches im Findelhaus von Montevideo behandelt wurde. Der Knabe zeigt eine Asymetrie des Brustkorbes, welche durch das teilweise Fehlen der Mm. pectorales bedingt ist. Vom sterno-kostalen Bündel des Pectoralis major sind kaum jene Fasern vorhanden, welche zur ersten Rippe ziehen, das Clavicular-Bündel ist vorhanden und stärker als das der anderen Seite. Die Insertionen am Schlüsselbein und Oberarm zeigen normales Verhalten. Die elektrische Erregbarkeit des claviculären Bündels des verkümmerten Pectoralis major ist gesteigert. Das gleiche Verhalten zeigt das vordere Bündel des Deltoideus. Die Mm. trapezii, Supra- und Infrapinatus, Latissimus dorsi, Teres minor, Serratus magnus, ebenso die Interkostalmuskeln sind normal, Entartungsreaktion ist nirgends vorhanden. Die Clavicula ist auf der Seite der Mißbildung stärker, die Funktionen des Armes sind nahezu normal. Nach der Ansicht des Verfassers ist der beschriebene Fall durch die gegenwärtigen Theorien nicht zu erklären. Man kann ihn nicht zurückführen: a) auf Entwicklungshemmung des Gefäßsystems oder des zentralen, bezw. peripheren Nervensystems; b) auf die Zusammendrückung des Thorax durch die Hand oder die obere Extremität (Theorie von Froiep und Soucques); c) auf eine Anomalie regressiven Charakters; d) auf ein Entartungsstigma.

Figueira (Rio de Janeiro).

Vallois. *Tumeur sacro-coccygienne chez un nouveau-né (inclusion foetale).* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 14.)

Bei einem wenige Stunden nach der Geburt verstorbenen Knaben bestand ein fast zitronengroßer Tumor in der Steißbeingegend, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als aus verschiedenartigen Geweben (Drüenschläuche mit Zylinder- und Flimmerepithel, gestreiften Muskelfasern nach Art des Herzmuskels, dichotomisch sich verzweigend, Bindegewebe und lymphatischen Elementen) zusammengesetzt erwies. Es handelte sich also um ein Teratom im Sinne Virchows, deren Entstehung auf fötale Entwicklungsstörungen zurückzuführen ist. Brünig (Leipzig).

Siegm. v. Schumacher. *Ein Fall von gekreuzter Dystopie der Niere mit Lageveränderungen an den Geschlechtswerkzeugen.* (Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 29, 1903.)

Der Fall betraf ein zweimonatliches, an Pneumonie verstorbenes Mädchen.

Neurath (Wien).

J. Zappert. *Ueber Genitalblutungen neugeborener Mädchen.* (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 31, Seite 1477.)

Der Autor hatte Gelegenheit, ein Stück eines Uterus von einem Kinde zu untersuchen, das an einer ohne sonstige Hämor-

rhagien einhergehenden Sepsis gelitten hatte und bei dem die Blutaustritte aus den Genitalien (nach mündlich erteilter Auskunft) in der bekannten typischen Weise erfolgten. Makroskopisch boten die Genitalien, außer einer Hyperämie der Uterusschleimhaut, nichts auffallendes, insbesondere fehlte jede Läsion der Vulva und Vagina, histologisch hingegen ergab sich ein Befund, der die Ähnlichkeit des histologischen Bildes mit jenem eines menstruierenden Uterus bestätigt, nämlich: Fehlen jedweder Entzündung, Intaktheit des Schleimhautepithels und Blutreichtum der Submucosa mit Austritt roter Blutzellen aus den erweiterten Gefäßen. Dieser Befund veranlaßt Zappert zu der, übrigens schon von anderer Seite aufgeworfenen Frage, ob man es bei den hier in Rede stehenden Blutungen nicht — wie bei der Brustdrüenschwellung der Neugeborenen — eher mit einem physiologischen als pathologischen Reizungszustande des Genitalsystems zu tun habe, eine Frage, die der Autor auf Grund seiner vereinzelter Beobachtung nicht entscheiden will.

Unger (Wien).

Kirmisson. *Le bec-de-lièvre et son traitement.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 14.)

In dieser klinischen Vorlesung behandelt Kirmisson die Genese, Prognose und Behandlung der einfachen und komplizierten Hasenscharte und kommt bezüglich der Zeit des operativen Eingriffes zu folgenden Schlußsätzen:

1. Bei einfacher Hasenscharte: Operation in den ersten Lebenswochen;
2. bei komplizierter Hasenscharte (Cheilognathoschisis und Cheilognathopalatoschisis etc.): Operation im 6. bis 8. Lebensmonate;
3. bei doppelseitiger komplizierter Lippenspalte: Aufschieben der Operation bis zum 15. bis 18. Lebensmonate.

Brüning (Leipzig).

Urban. *Haemorrhage after Amygdalotomy, &c.* (Blutung nach Amygdalotomie.) (Amer. Medicine, 4. Juli 1903.)

Die Blutung begann in Urbans Fall 12 bis 18 Stunden nach der Operation. Verlauf fast letal. Keine Hämophilie.

Wachenheim (New-York).

F. K. Lämmerhirt. *Multiple Larynxpapillome im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 12.)

Beitrag zur Kasuistik dieser seltenen Affektion (drei Fälle aus dem zehnjährigen Material der Leipziger Kinderklinik).

Fall 1 rezidierte mehrmals, bis schließlich die Radikalooperation bis auf geringe Heiserkeit völlige Heilung brachte. Bei Fall 2 fand Lämmerhirt — sieben Jahre nach der Operation — guten funktionellen Erfolg, nur Heiserkeit bei leisem und tiefem Sprechen. Bei Fall 3 wurde die Operation von den Eltern verweigert, das Kind starb später an einer Pneumonie im Verlaufe

von Scharlach. Auf Grund seiner Erfahrungen plädiert Verf. für möglichst frühzeitige Operation auch im jugendlichen Alter.

Böhm (Frankfurt a. M.).

Wasastjerna. *Ein Fall von Aortaruptur nach Schlittschuhlaufen bei einem scheinbar gesunden 13jährigen Knaben.* (Zeitschrift f. klin. Medizin, 49. Bd., Heft 1 bis 4.)

Bei dem betreffenden Knaben, der leidenschaftlich körperliche Übungen betrieb, trat nach angestrengtem Schlittschuhlaufen plötzlich Blässe, Herzklopfen und Schwindel auf; nach scheinbarer Besserung trat zwei Tage später plötzlich der Exitus letalis ein. Die Sektion ergab eine Ruptur der Aorta, 2 cm oberhalb der hinteren Semilunarklappe mit einer sackförmigen Ausbuchtung. Außerdem zeigte die Aorta an der Einmündungsstelle des Duct. Botalli eine Einschnürung, die nur für eine 1 mm dicke Sonde passierbar war. Oberhalb und unterhalb dieser Einschnürung gingen mehrere kollaterale Gefäße ab. Der Tod war durch Platzen des zwei Tage vorher entstandenen Aneurysma dissecans in den Herzbeutel erfolgt. Das Herz war namentlich in der linken Hälfte dilatiert und hypertrophisch.

Bartenstein (Breslau).

Schachner. *Intestinal Obstruction. (Darmokklusion.)* (Arch. Pediatrics, Juni 1903.)

Verf. berichtet über fünf Fälle. Hauptgewicht wird auf den chirurgischen Standpunkt gelegt. Wachenheim (New-York).

A. Krogus. *Ueber das sogenannte einfache Enterokystom und seine Bedeutung als Ursache von Darmverschluß.* (Zeitschrift für klin. Medizin., 49. Bd., Heft 1 bis 4.)

Bei einem zweimonatlichen Kinde wurde wegen Ileuser-scheinungen ein Anus praeternaturalis angelegt. Bei der Operation wurde ein Tumor dicht vor der Einmündungsstelle des Ileums ins Cöcum gefunden, der drei Tage später mit einer vorgelagerten Darmschlinge reseziert wurde. Vier Stunden später starb das Kind an einer Nachblutung. Bei näherer Untersuchung zeigte sich, daß der Tumor eine zwischen der zirkulären und der longitudinalen Muskelschicht des Dünndarms eingeschlossene, von Darmschleimhaut ausgekleidete Cyste kongenitalen Ursprungs war.

Bartenstein (Breslau).

Ducroquet. *Les appareils dans le traitement de la coxalgie au début.* (Revue d'hygiène et de médecine infantiles 1903, Nr. 3, S. 256.)

Verf. beschreibt an der Hand zahlreicher Illustrationen seine Methode der Behandlung der Coxitis mit Kontentivverbänden aus Gips oder Zelluloid.

Weigert (Breslau).

Ducroquet. *Les appareils dans le traitement du mal de Pott au début.* (Revue d'hygiène et de médecine infantiles 1903, Nr. III, S. 238.)

Verf. hält es für das erste Prinzip der Behandlung des Pott'schen Buckels mit Kontentivverbänden, daß die Atmung des

Kindes durch den Verband nicht behindert oder in der Richtung eines von der Norm abweichenden Typus verändert werde. Er glaubt dies dadurch erreichen zu können, daß seine Zelluloidkorsetts auf der Vorderseite weite — die Brust und den Bauch freilassende — Ausschnitte besitzen. Die Ausführungen des Verf. sind durch zahlreiche Abbildungen nach dieser Methode angefertigter Korsetts gut illustriert. Weigert (Breslau).

F. Corletti. *Di un nuovo riflesso osservato in due casi di M. di Pott.* (Ueber einen in 2 Fällen Pott'scher Krankheit beobachteten neuen Reflex.) (Il Policlinico, Sez. pratica 1903, 3 Gennaio.)

In zwei Fällen Pott'scher Krankheit mit Paraplegie resp. Paraparese hat Verf. beobachtet, daß sich das Bein beim Hinstreichen mit zwei Zehen die Knieseiten entlang longitudinal beugte. Ueber Wert und Beziehungen dieses Symptoms wird jedoch, wie Verf. selbst sagt, die Zukunft mehr Licht bringen.

Dotti (Florenz)

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

Bresset. *Les dispensaires gratuits de la caisse des écoles du VII^e arrondissement. — Dispensaires pour enfants malades et consultations de nourrissons. Année 1902.* (Paris 1903, G. Steinheil.)

Aerztlicher statistischer Bericht über die Tätigkeit der beiden Polikliniken im Jahre 1902, Situationsplan, Zahl der Konsultationen, Mortalität, finanzielles Ergebnis etc.

Vorangestellt ist eine Uebersicht über die Wirksamkeit der Poliklinik, 1 rue Oudinot, in den letzten fünf Jahren, während deren sie vom Verf. geleitet wurde. Von allgemeinerem Interesse sind die Mitteilungen über die dort seit Ende 1897 bestehende „Consultation de Nourrissons“. Bresset resumiert seine eigenen Arbeiten sowie die unter seiner Leitung ausgeführten Arbeiten von Dunème („Durée de l'allaitement exclusif au sein“. Thèse de Paris 1902), von Carel (siehe Referat S. 246) und Voix (siehe Referat S. 310.).

Hervorzuheben wäre noch eine Statistik aus einer früheren Arbeit Bressets (Annales gynécol. et d'obstét., XXIX. Bd., 1902 Juni), aus welcher der vorteilhafte Einfluß der Konsultation auf die Verbreitung der natürlichen Ernährung ersichtlich ist. 42 Mütter, welche bereits mit einem Säuglinge die Konsultation aufgesucht hatten, brachten nach einer 2. resp. 3. Schwangerschaft die neugeborenen Kinder wiederum in die Konsultation. In der ersten Serie der älteren Kinder kamen auf 42 Fälle 18 Brustkinder, $\frac{3}{4}$ allaitement mixte, 21 künstlich ernährte Kinder, in der zweiten Serie der jüngeren Kinder auf 45 Fälle 37 ausschließlicher, 2 teil-

weiser Ernährung an der Brust und nur 6 künstlich genährter Kinder.

Keller.

Mocquot. *La loi Roussel et les consultations de nourrissons.* (L'obstétrique, VIII. Bd., 1903, S. 329.)

Rivière. *Du patronage des nourrissons.* (Ibidem, S. 323.)

Beide Autoren stimmen darin überein, daß das Roussel'sche Gesetz sehr große Dienste geleistet hat, daß aber eine Revision der Bestimmungen, eine Verbesserung und Verallgemeinerung der Säuglingsfürsorge dringend notwendig ist. Dies ist nur dann möglich, das Fürsorgegesetz Roussels wird nur dann am Leben erhalten, wenn die Einrichtung der Consultations de nourrissons konsequent weiter ausgebaut wird.

Die von Rivière aufgestellten Leitsätze präzisieren scharf die Aufgaben einer rationellen Säuglingsfürsorge:

Die Säuglinge gehen öfter an der Ignoranz der Mutter als an Inanition, öfter an fehlerhafter als an ungenügender Ernährung zugrunde. Für bedürftige Säuglinge ist materielle Unterstützung (Milch, Kleidung, Geld) gut, aber besser und nützlicher noch ist ständige Ueberwachung dieser Kinder, welche Ernährung, Kleidung, Hygiene und Pflege des Kindes umfassen soll.

Nur der Arzt ist imstande, dieser Pflicht gerecht zu werden und die Konsultation für gesunde Säuglinge ist die praktische Form der Durchführung, denn nur so ist eine ständige Kontrolle aller Kinder möglich.

Diese Art der Säuglingsfürsorge, die Patronage des nourrissons, ergänzt und vervollständigt die Bestrebungen der Sociétés protectrices de l'enfance, der Gouttes de lait etc. und der konsultierende Arzt ist die Mittelsperson, durch dessen Hand, resp. durch dessen Vermittlung bedürftigen Müttern die notwendigen Unterstützungen zuteil werden.

Keller.

Effler. *Die bisherigen Ergebnisse der im Jahre 1902 durchgeführten Organisation der Ziehkind-Fürsorge in Danzig.* (Leipzig 1903. Verlag von Leineweber. Sonderabdruck aus der „Gesundheit“.)

Bereits vor dem Jahre 1880 bestand in Danzig ein Kinderhalteverein, der in jenem Jahre reorganisiert wurde und welcher die Pflegestellen beaufsichtigte, mit Unterstützungen für die Ziehkinder eintrat, bei Bedürftigkeit der Kinder für Milch sorgte.

Im Jahre 1902 wurde von der Stadt Danzig in Anlehnung an das sogenannte Leipziger System eine besondere, dem Armenamte unterstellte Ziehkind-Organisation geschaffen, welche umfaßt: 1. Kommunal-Pflegekinder, für welche ein Generalvormund bestellt ist; 2. diejenigen ehelichen Kinder, welche aus irgend einem Grunde in Haltepflege gegeben sind, und 3. alle unehelichen Kinder. Die Kontrolle wird von fest angestellten und besoldeten ausgebildeten Helferinnen ausgeübt, welche einem die Oberaufsicht führenden Ziehkind-Arzte, dem Verfasser, unterstellt sind. Dem letzteren werden die Kinder einmal monatlich vorgestellt.

Außerdem ist für kranke Ziehkinder unter Leitung von Dr. Neumann eine eigene Poliklinik eingerichtet worden. Für Ueberweisung der Kinder in ein Krankenhaus genügt die Bescheinigung des Ziehkinder-Arztes.

Vom 1. April bis 31. Dezember 1902 befanden sich 810 Kinder in Beaufsichtigung. Keller.

P. Budin. *Des Assurances sur décès d'enfants. L'obstétrique.* (VIII. Band, 1903, S. 97.)

In Nordfrankreich bestehen gewisse, meist belgische, Versicherungsgesellschaften, welche den Versicherten eine Prämie auf den Tod des Kindes zahlen. Die Eltern zahlen wöchentlich eine sehr kleine Summe und erhalten dafür, im Falle das versicherte Kind vor Ablauf des 6., resp. 7. Lebensjahres stirbt, ein bestimmtes Kapital, z. B. bei 5 Centimes wöchentl. Einzahlung 20 Franken, wenn das Kind im 1., 25, wenn es im 2., 35, wenn es im 3. usw. 85 Franken, wenn es im 6. Lebensjahre stirbt. Einzelne Versicherungsgesellschaften gewähren dieselbe „Vergünstigung“, wenn beide Eltern nach einem bestimmten Tarif versichert sind, für jedes Kind, das vor dem 7. Lebensjahre stirbt.

Schon allein die Tatsache, daß nicht nur die Eltern des Kindes, sondern auch Pflegefrauen derartige Verträge auf Tod des Kindes, event. mit verschiedenen Versicherungsgesellschaften gleichzeitig eingehen können, kennzeichnet diese „Versicherungen“ und erfordert das nachdrückliche Einschreiten der Behörden, die Budin anruft. Keller.

E. Zimmer. *Die Herabsetzung der Sterblichkeit der Haltekinder-Säuglinge durch Vermittlung einwandfreier Milch.* (Die Krankenpflege, II. Jahrg. 1902—1903. Heft 10, Seite 918.)

Zimmer macht zu dem vorgedachten Zwecke folgende Vorschläge:

Um die Garantie für eine einwandfreie Milch zu gewinnen, muß die Milch aus Kuhhaltungen bezogen werden, die in der Nähe von Berlin liegen. Sie muß den hygienischen Vorschriften entsprechend sauber gewonnen, nach dem Melken möglichst bald abgekühlt, ebenso bald in sterilen Flaschen sterilisiert oder pasteurisiert und endlich in plombierten Flaschen den Haltefrauen in die Wohnung gebracht werden. Das Liter derartig behandelter Milch würde sich nach sachkundigen Berechnungen auf nur wenige Pfennige über den ortsüblichen Preis von Mk. —20 stellen. Da ungefähr 1000 Haltekinder unter einem Jahr in Berlin vorhanden sind, so würden bei Durchschnittsverbrauch von einem Liter pro Tag und Kind die Mehrkosten durch Lieferung solch einwandfreier Milch im Vergleich zu den jetzigen Kosten nicht besonders hoch ausfallen. Diese Mehrkosten könnten den Haltefrauen ohne Schwierigkeit vergütet werden, da die letzteren für das ihnen gezahlte Pflegegeld die Verpflichtung übernommen haben, Milch zum ortsüblichen Preis von Mk. —20 das Liter zu kaufen und da nur wenige

Monate im Jahre (Juli, August, September mit einer Mortalität an Darmkatarrhen von 393, resp. 789, resp. 147) in Betracht kommen, so reichten einige 1000 Mark vollkommen aus, um 1000 Haltekinder-Säuglingen einwandfreie Nahrung zu gewährleisten.

Um dem Einwande zu begegnen, daß nicht die Milch, wenn sie in die Wohnung geliefert wird, im Haushalte verbraucht werde, ist die Zunahme des Kindes zu kontrollieren. Nimmt das Kind längere Zeit nicht zu, obwohl Krankheit bei ihm ausgeschlossen werden kann, so wird Abgabe in andere Pflege angeordnet. Es ist besser, daß Haltefrauen öfters zu hart angefaßt werden, als daß auch nur ein Kind die zu große Milde der Aufsichtsorgane mit seinem Leben bezahlt.

Auf dem hier vorgezeichneten Wege erscheint es Zimmer nicht schwer, die Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten mit relativ wenig Geld bedeutend herabzusetzen. Würden z. B. von dem Fonds, welcher für die in Berlin zu errichtenden Säuglingsheime bereits gesammelt ist, nur die Zinsen in der angegebenen Weise verwendet, so würden diese ausreichen, um 1000 Säuglingen während der gefährlichsten Monate des Jahres einwandfreie Nahrung zu sichern und so zahlreiche Erkrankungen und viele Todesfälle zu verhüten.

Unger (Wien).

Hirschl. *Bericht über die Gesundheitsverhältnisse bei 1000 Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.* (Archiv für Gynäkologie, 69. Bd., 3. Heft.)

Den wesentlichen Inhalt des aus der deutschen geburtshilflichen Klinik für Aerzte in Prag stammenden Berichtes bilden Angaben über das Gewicht der Kinder, das während ihres 9 bis 11 Tage dauernden Aufenthaltes in der Anstalt jeden zweiten Tag bestimmt wurde. 520 Kinder erfuhren eine Gewichtszunahme, 440 eine Abnahme, 40 verließen die Anstalt mit dem Anfangsgewicht. Verf. sucht das Verhalten des Körpergewichtes aus den jeweiligen Verhältnissen der Mutter und des Kindes zu erklären. Die Erkrankungen der Neugeborenen, unter denen auch Noma erwähnt wird, kommen dabei sehr kurz weg. Der Ikterus, namentlich in seinen schweren Formen, war meist mit „Enteritis“ und „Dyspepsie“ vergesellschaftet, was dem Verfasser auf eine gegenseitige Abhängigkeit hindeuten scheint. Etwas neues wird der Pädiater in der Arbeit schwerlich finden, doch kann man sich dem Wunsche des Verfassers anschließen, daß seine Zusammenstellung, die er selbst mühevoll nennt, zu ähnlichen an anderen Anstalten anregen möge, wobei sich „vielleicht eine Reihe wertvoller Gesichtspunkte ergeben würde“.

Hohlfeld (Leipzig).

Maurice Venot. *Les colonies scolaires au point de vue médical. Remarques sur les colonies du VI^e arrondissement à la Villa scolaire de Saint-Germain-en-Laye.* (Paris 1903. G. Steinheil. 30 Seiten.)

Allgemeine Bemerkungen über die Pariser Ferienkolonien, speziell über die der Schulkasse des VII. Arrondissements, Be-

schreibung der Villa scolaire, welche 1896 für diesen besonderen Zweck erbaut und eingerichtet wurde, und der Organisation der Ferienkolonie, zum Schlusse kurzer Bericht über die Resultate. In dem Gebäude fanden 20 Kinder Aufnahme (demnächst nach der bevorstehenden Erweiterung 30); im letzten Sommer wurden 121 Kinder (sechs Transporte) aufgenommen.

Verf. verwirft die Anschauung, daß eine Verlängerung des Aufenthaltes über drei Wochen, die gewöhnliche Kurdauer, hinaus keinen Nutzen bringe und tritt dafür ein, daß wenigstens bei einer Reihe von Kindern die Aufenthaltsdauer auf sechs Wochen ausgedehnt werde.

Keller.

Berichte.

Aus den Sitzungen der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 16. Jänner 1903.

R. Grünfeld demonstriert einen zehnjährigen Knaben mit multiplen kartilaginösen Exostosen und Verkürzung der beteiligten Extremitätenknochen. Das Radiogramm zeigt die Diaphysenenden als Sitz der Exostosen.

Diskussion: R. Kienböck bespricht ähnliche Befunde.

Sitzung vom 6. Februar 1903.

Fr. Mracek demonstriert einen 14jährigen Knaben mit hereditärer Syphilis, dystrophischen Erscheinungen, Resten nach Phalangeal- und Interphalangeal-Gelenksaffektionen, Schwerhörigkeit, Trübung der Cornea und Hutchinson'scher Zahnverbildung. Die Mutter hatte zuerst 3 Abortus, dann 8 lebensfähige Kinder, endlich nach 13jähriger Ehe den Patienten und nach 18jähriger Ehe eine angeblich gesunde, jetzt 9jährige Tochter.

Matzenauer: Ist eine paterne Vererbung erwiesen? — Die Vererbung der Syphilis. (Diskussion: Paltauf, Hochsinger, Lang, Kassowitz, Neumann, Grünfeld, Finger, Schiff, Ehrmann, Riehl, v. Zeißl, H. Teleky, S. Klein, Lang, Matzenauer. (Vortr. in dieser Monatsschr. II. Bd., S. 26 ref.)

Sitzung vom 13. Februar 1903.

Escherich demonstriert zwei Geschwister mit Saturnismus. Es handelt sich um ein achtjähriges Mädchen, das seit 5 Jahren alljährlich wegen nach und nach zurückgehender Schwäche der Beine zur Spitaln. aufnahme kam und das sich neuerdings wegen Kopf- und Gliederschmerzeshochgradiger Blässe und Mattigkeit vorstellte. Dazu kamen epileptiforme, mit Koma einhergehende Krämpfe und linksseitige klonische Zuckungen. Es bestanden Erscheinungen beiderseitiger Radialis- und Peroneusparese, galvanische Unerregbarkeit dieser wie der Tibialisgruppen und Equinovarusstellung. Fast identische Symptome zeigte ein sechsjähriger Bruder der Kranken. Aetiologisch ließ sich in Erfahrung bringen, daß der Vater, Drechsler, mit Bleifarben zu tun hat und die Kinder in der Werkstatt Gelegenheit hatten, sich die Bleiintoxikation zuzuziehen. Es ließ sich bei den Kindern auch ein Bleisaum und Verringerung des Hämoglobingehaltes und der Erythrocyten auf die Hälfte konstatieren.

Sitzung vom 20. Februar 1903.

N. Swoboda demonstriert zwei Fälle von Spasmus nutans, bei denen er folgende gemeinsame Symptome findet: das Fehlen von Kranio-

tabes, den Aufenthalt der Kinder während des Winters in dunklen, von einer Lampe erhellten Räumen, nach der die Kinder zu starren pflegten, auffallende und rasche Besserung des Spasmus nicht durch Phosphorthherapie, sondern durch Uebersiedlung in eine helle Wohnung, endlich, daß die Väter der Kinder an Strabismus leiden. Es sprächen daher diese Fälle für die Richtigkeit der Raudnitz'schen Theorie.

In der Diskussion konnte Kassowitz feststellen, daß die Kinder deutliche Kraniotabes haben, daher nicht gegen, sondern für die rhachitische Aetiologie des Spasmus nutans zu verwerten sind.

Riehl demonstriert zwei hereditär-syphilitische Kinder mit Symptomen der Sekundärperiode neben den Resten tertiärer Erscheinungen.

Ed. Schiff demonstriert ein 15jähriges Mädchen mit M. Basedow und Erythema nodosum.

Sitzung vom 6. März 1903.

J. K. Friedjung: Demonstration einiger Fälle von Diastase der Musculi recti und markanten Zeichen von Kinderhysterie. (Vide Publikation im Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 36.)

Sitzung vom 13. März 1903.

N. Swoboda über einen Fall von Elephantiasis congenita und partiellem Riesenwuchs bei einem elfmonatlichen Kinde.

Sitzung vom 3. April 1903.

Fr. Mracek: Syphilis der Mütter und der Neugeborenen. Auf Grund eingehender Untersuchungen kommt Mracek zu folgenden Schlüssen: Je früher die Frucht infiziert wird, desto größere Gefahr besteht für dieselbe. Weder das Alter, noch die Form der mütterlichen Syphilis läßt einen sicheren Schluß auf den Ausgang der Gravidität zu. Bei nicht erwiesener Syphilis der Mutter (also möglicherweise paterner Infektion) fanden sich von 11 Fällen neunmal Plazentarerkrankungen. Die lange Jahre währende Uebertragbarkeit der mütterlichen Syphilis auf die Kinder fordert zur energischen Behandlung jeder, auch der latent syphilitischen Mutter auf.

Diskussion: Lang und J. Eisenschitz.

Sitzung vom 8. Mai 1903.

v. Eiselsberg demonstriert ein sechsjähriges Mädchen mit ausgedehnter, fast die ganze linke Körperhälfte einnehmendem kavernösen Angiom mit Atrophie einiger Knochen der betroffenen Partien.

W. Knöpfelmacher über einen Fall von frühzeitiger Pubertät, vermehrtem Längenwachstum (Riesenwuchs) bei einem nicht ganz 3 Jahre alten Knaben.

Diskussion: M. Sternberg.

Sitzung vom 5. Juni 1903.

Th. Escherich: Demonstration von mittels Paraffininjektionen geheilten Nabelhernien der Kinder. (In dieser Monatsschrift II. Bd, 4. Heft.)

Oskar Stoerk: Zur Entwicklung der menschlichen Niere. (Ausführliche Publikation erfolgt demnächst.)

Sitzung vom 19. Juni 1903.

Preleitner: Demonstration eines 9 Tage alten Kindes mit Blasenektomie, Mastdarmatresie mit Blasenfistel, und des Präparates einer Jodoformknochenplombe bei Fungus cubiti eines Kindes.

Knöpfelmacher über Morbus Barlow bei einem 8 Monate alten Kinde. Seit 3 Wochen besteht starke Schmerzhaftigkeit der Beine, Schwellung der Oberschenkel, die Muskulatur und die Knochendiaphysen betreffend, eine ähnliche Schwellung und bläuliche Verfärbung der Haut am rechten Unterschenkel. Bei der Probepunktion kam die Nadel auf Blut und rauhen Knochen. Es bestand Rhachitis und starke Anämie. Das Kind wurde mit sterilisierter Biedert-Milch ernährt. Seit Darreichung von roher

Milch Besserung. Knöpfelmacher weist auf die bisherige Seltenheit des Morbus Barlow in Wien hin.

Sitzung vom 26. Juni 1903.

N. Swoboda demonstriert:

1. Ein 22 Monate altes Kind, das vor 4 Monaten im Verlaufe eines Keuchhustens an Spasmus nutans mit linksseitigem Nystagmus und Schiefhaltung des Kopfes nach links erkrankt war, doch jetzt keinen Spasmus nutans, nur das Caput obstipum noch zeigt; bei gewaltsamer Geraderichtung des Kopfes tritt jedoch sofort wieder intensiver Nystagmus des linken Auges auf. Der Torticollis schwindet, wie die Nickbewegungen, im Schlafe.

2. Ein 5 Monate altes Kind mit Urticaria pigmentosa.

Hecht und Friedjung: Demonstration einer Probe auf die katalytische Funktion der Frauenmilch. Da die meisten Fermente Wasserstoffsuperoxyd abspalten, suchen die Vortragenden durch Messung des abgespaltenen Sauerstoffes ein Urteil über den Gehalt der Milch an fermentartigen Substanzen zu gewinnen. Die Probe wird mittels eines modifizierten Gärungssaccharimeters ausgeführt. Es ergibt sich ein gewisser Parallelismus zwischen der katalytischen Kraft einerseits und Amylase, Oxydase und salolspaltendem Ferment anderseits. Die katalytische Funktion ist teils an die Milchkügelchen, teils an das Plasma und vor allem auch an die zelligen Elemente der Milch gebunden. Die Colostralmilch spaltet im allgemeinen hoch, mit dem Reifen der Milch sinkt die Spaltung in den ersten zwei Wochen, um in der weiteren Stillzeit ziemlich konstant zu bleiben. Bei älteren Frauen ergeben sich höhere Zahlen. Die Milch schlecht genährter Frauen zeigt starke Katalyse. Schlechte, milcharme Drüsen liefern hochspaltende Milch. Am Ende der Mahlzeit spaltet die Milch stärker als am Beginn.

Georg Kapsammer: Ueber Enuresis und ihre Behandlung mittels der epiduralen Injektionen. (S. 318 referiert.)
Neurath (Wien).

Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg.

Sitzung am 4. Dezember 1902.

R. A. Peters. Ein Fall von Osteomalacie und Tetanie (mit Demonstration der Präparate). Die intravitale Diagnose der Tetanie wurde durch die Autopsie bestätigt: man fand alle diejenigen charakteristischen Veränderungen, die der Vortragende schon früher auf Grund von 6 Fällen beschrieben hat: Serös-fibröse Pachymeningitis, Gangliitis und Neuritis. Außerdem hat man auf der Autopsie eine Osteomalacie mit Knochenbrüchen gefunden und mikroskopisch bestätigt, die während des Lebens nicht diagnostiziert und für tuberkulöse Ostitis gehalten wurde. Als Aetiologie der Osteomalacie nimmt der Verfasser einen chronischen Dickdarmkatarrh an und eine Autointoxikation mit Produkten des unvollständigen Zerfalles von Stickstoffsubstanzen, die irritativ wirkten und eine produktive Entzündung in den interstitiellen Elementen des Rückenmarkes und der Knochen hervorgerufen haben.

W. O. Hubert. Vergleichende Beobachtungen über künstliche Ernährung mit Kuh- und Ziegenmilch im frühen Säuglingsalter. In dem St. Petersburger Stadtasyl für frühgeborene Säuglinge hat man eine unentgeltliche Donation von Kuh- und Ziegenmilch eingeführt. In der Periode von 10 Monaten hat man 203 Kindern Milch gegeben; eine regelmäßige Beobachtung wurde über 97 Kinder geführt. Die Milch wurde roh sowie pasteurisiert gegeben. Einmal in der Woche hat man die Kinder untersucht und gewogen. Die Versuche haben sehr gute Resultate gegeben. Die Ernährung mit der rohen Kuhmilch ist nicht nur für normale Kinder, sondern auch für Frühgeborene gut, oft besser als die Ammenernährung. Die Milch der Alpenziegen, die musterhaft gehalten und in bestimmter

Weise genährt sind, ist der Frauenmilch sehr ähnlich und hat nicht den gewöhnlichen Geruch der Ziegenmilch. Die Erwachsenen trinken diese Milch auch sehr gerne. Der große Vorzug der Ziegenmilch ist der, daß man die Ziegen sehr leicht in der Kinderstube, einer Amme ähnlich, halten kann. Die Ziegen gewöhnen sich sehr leicht an das Stubenregime, werden recht zahm, und bei einer sorgfältigen Pflege verunreinigen sie die Luft sehr wenig. Die Laktationsperiode dauert bei den Ziegen vom Februar bis November. Die Quantität der Milch ist 800–2000 Gramm. Der Unterhalt der Ziege kostet 20–30 Kopeken (40–60 Pf.) täglich. Die Versuche mit der rohen Kuhmilch sind im Gegenteil ohne eine spezielle Musterfarm sehr schwer.

Herr Prof. N. P. Gundobin fordert gleiche Bedingungen für die Versuche. Die Kuhmilch hat man von fernem Landgute bekommen; sie konnte verunreinigt werden; die Ziegen waren dagegen in einer guten Wohnung und genossen ausgezeichnete Pflege.

Breitmann (St. Petersburg).

Besprechungen.

Degré. *Thérapie der Kinderkrankheiten.* (F. C. W. Vogel, Leipzig 1903. Preis 10 Mk.)

Verf. bringt in alphabetischer Ordnung die Therapie der Kinderkrankheiten..

Das Buch enthält eine Reihe von falschen Tatsachen; die diätetische Therapie ist kritiklos dargestellt. Die Rezeptformeln sind in jedem Rezepttaschenbuch zu finden, die für einen billigen Preis zu haben sind.

Bartenstein (Breslau).

L. Butte. *L'alimentation lactée chez le nouveau-né.* (Paris, 1903. F. R. de Rudeval, 203 Seiten, 3 Franken.)

Der Hauptteil des Buches besteht aus einer Abhandlung Buttes über die Milch (Physiologie und Anatomie der Brustdrüse, chemische und physikalische Eigenschaften der Milch, Unterschiede der Frauenmilch und der Milch verschiedener Tierarten etc.). Im zweiten Kapitel bespricht Dubrisay die Ernährung an der Brust, im letzten Dhomont die künstliche Ernährung.

Der wesentliche Inhalt der Aufsätze entspricht den Vorträgen, welche die drei Verf. über die betreffenden Themata am 14. Juni 1902 in der vereinigten Sitzung der Pariser medizinischen Gesellschaften gehalten haben. Wesentliche Ergänzungen zu den vorgebrachten und jetzt vorliegenden Ausführungen brachte Budin (*Progrès médical* Nr. 27, 1902) vor und sei darauf verwiesen. (Siehe auch Ref. S. 470, Monatsschrift, I. Band.)

Von Literatur finden wir bestenfalls einige französische Arbeiten, etwas neues ist in keinem der Aufsätze enthalten, dürfte wohl auch niemand darin suchen.

Keller.

Sergent E. et Bernard L. *L'insuffisance surrénale.* (Masson und Cie., Paris, 188 Seiten.)

Vorstehende, von der medizinischen Fakultät in Paris preisgekrönte Arbeit beschäftigt sich eingehend mit der Insuffizienz

der Nebennieren, wie sie als Zeichen von Funktionsstörungen des Organs mannigfacher Art zustande kommt. Ursächlich sind hierbei neben Tuberkulose, Blutungen und Tumoren der Nebennieren die noch sehr wenig bekannten entzündlichen Prozesse akuter und chronischer Art von Bedeutung, über deren klinisch-pathologische Verwertung namentlich die Forschungen der Verff. Klarheit geschafft haben. Sie unterscheiden ganz strenge zwei große Krankheitsbilder und zwar:

1. den Symptomenkomplex der Addison'schen Krankheit und
2. den Symptomenkomplex der reinen Nebennieren-Insuffizienz.

Während der erstere durch Verdauungsstörungen, Asthenie, Schmerzen und Melanodermie ausgezeichnet ist und mit nervösen Störungen (Pulsveränderung, Kollapserscheinungen) einhergeht, die je nach kürzerer oder längerer Krankheitsdauer den Tod herbeiführen (gastrointestinale, schmerzhaftes, melanodermatische und asthenische Form), fehlt bei der letzteren die Bronzefärbung der Haut in allen Fällen. Ohne auf die einzelnen Abschnitte der lesenswerten Arbeit genauer einzugehen, sei hier vom Standpunkte des Gerichtsarztes und Pädiaters nur noch auf die plötzlichen Todesfälle aufmerksam gemacht, die bei Nebennierenerkrankungen nicht nur erwachsener, sondern auch jugendlicher Personen und Säuglinge, bei welchen die Obduktion keine andere Todesursache ergab, beobachtet worden sind; es wäre außerordentlich wünschenswert, mit Rücksicht auf die nicht selten recht dunkle Todesursache bei Kindern jeglichen Alters nach dieser Richtung hin Untersuchungen anzustellen. Für die Behandlung der Nebennieren-Insuffizienz kommt in erster Linie, falls nicht Lues und Tuberkulose eine spezifische Behandlung indiziert erscheinen lassen, die Opothérapie, d. h. die Behandlung mit Nebennierensubstanz, entweder subkutan oder per os in Frage; man soll mit kleinen Dosen beginnen und langsam steigen, weil üble Nebenwirkungen wiederholt beobachtet worden sind.

Br ü n i n g (Leipzig).

Le Damany P. *Les épanchements pleuraux liquides.* (Masson und Cie., Paris, 220 Seiten).

Der Verf. bringt in dieser monographisch angelegten Arbeit, die als Heft einer Sammlung wissenschaftlicher Nachschlagebücher erschienen ist, eine sehr übersichtliche, detaillierte Schilderung der mit Flüssigkeitserguß einhergehenden Pleuraaffektionen. Die im wesentlichen aus zwei Abschnitten bestehende Arbeit, deren erstes Kapitel die klinischen Daten der in Rede stehenden Krankheitsformen eingehend schildert, während im zweiten Abschnitte die zugehörigen pathologisch-anatomischen Veränderungen unter Benützung einer Anzahl von Abbildungen erläutert werden, enthält aber nichts von besonderem Interesse für das Gebiet der Kinderheilkunde, so daß eine ausführliche Besprechung an dieser Stelle nicht erwünscht sein dürfte.

Br ü n i n g (Leipzig).

Lyon, Loiseau, Lacaille. *Formulaire thérapeutique.* (Paris, Masson et Cie., 1903.)

. Nach allgemeinen Bemerkungen über das Verhalten der Arzneimittel gegen den Organismus und zu einander, nach praktischen Ratschlägen für die Arzneiverordnung werden die Medikamente selbst in alphabetischer Reihenfolge angeführt, dabei die physikalischen und chemischen Eigenschaften eines jeden angegeben, die Indikationen für seine Verwendung vorgezeichnet und die Form derselben an beigegebenen Rezepten illustriert. Daran schließen sich besondere Kapitel über Organ-, Serum- und Ernährungstherapie, wo auch die Ernährung des gesunden und kranken Säuglings ihren Platz gefunden hat. Des weiteren finden sich Kapitel über Antisepsis und Asepsis, Sterilisation und Desinfektion. Ausführlich werden Elektro-, Radio- und Phototherapie behandelt und keine der übrigen physikalischen Heilmethoden ist vergessen. Den Schluß des praktisch angelegten, gehaltvollen und hübsch ausgestatteten Büchleins bilden die gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden des Urins, des Blutes, der Milch und des Magensaftes.

Hohlfeld (Leipzig).

INHALT. Nekrolog 289. — **Originalmitteilungen.** *Olinto de Oliveira.* Dysenterische Leberabszesse bei Säuglingen 290. — *Freund.* Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Acetonurie bei diphtherieverdächtigen Anginen 296. — *Gallus.* Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1903, I. Semester 298. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Brusch.* Entwicklung des Ligamentum caudale 305. — *Wolf.* Intrauterine Leichenstarre 306. — *Vallois.* Schädelmaße beim Neugeborenen 306. — *Hencke.* Bakterizide Eigenschaften des Knochenmarkes 306. — *Hesse.* Abtötung von Tuberkelbazillen 307. — *Pelzl.* Diazoreaktion 307. — *Sommerfeld.* Antistreptokokkenserum 307. — *Laquer.* Wismut-Präparate 307. — *Ostrowski.* Tannoform bei Intertrigo 308. — *Brocchi.* Plombières-les-Bains 308. — *Aßmus.* Erstlings-Kleidung 308. — *Gorini.* Kontrolle der Vaccine 308. — *Grimm.* Lymphbehälter 309. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.** *Heym.* Schwachsinnige in der Volksschule 309. — *Engels.* Fußbodenöle 309. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Monti.* Ernährung mit Frauenmilch 309. — *Paffenholz.* Selter, Nahrungsmengen beim Brustkinde 309, 310. — *Aronstamm.* Stoffwechselversuche 310. — *Voic.* Allaitement mixte 310. — *Biel.* *Chapin.* *Concetti.* Künstliche Ernährung 311, 312. — *Fitschen.* Säuglingsernährung mit Vollmilch 312. — *Leey.* Ernährung mit Pegnimilch 313. — *Müller.* Ernährung mit Odda 313. — *Bischhoff.* Eismilch 314. — *Fabre.* Zentrifugierung der Milch 314. — *Poliakoff.* Fettbestimmung in der Milch 315. — *Rubinstein.* Verhalten pathogener Bakterien in der Buttermilch 315. — *Brush.* Aphthen 316. — *Gagnoni.* Eosinophilie beim Brustkinde 316. — *Pierson.* Acetonurie bei wiederkehrendem Erbrechen 316. — *Mellin.* Bakteriurie 317. — *Abderhalden.* Familiäre Cystindialthese 317. — *Christopher.* Safranin-Zuckerprobe 317. — *Preuß.* Appetitlosigkeit nervöser Kinder 318. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Sträufker.* Morphologie des Rückenmarks und der Pyramiden-Seitenstrangbahn 318. — *Kapsammer.* Enuresis 318. — *Judson.* *Massanek.* Chorea 319. — *Schüller.* Polymyositis 319. — *Concetti.* Pseudobulbärparalyse 320. — *Lövegren.* Paralyse douloureuse 320. — *Calabrese.* Kinderlähmung 321. — *Praetorius.* Poliomyelitis acuta 321. — *Slzavik.* Angeborener Hydrocephalus 321. — *Castro.* Hydatidencyste 322. — *Stilo.* Meningitis 323. — *Sörensen.* Cerebrospinalmeningitis 223. — *Spolverini.* Hämorrhagische Pachymeningitis 324. — *Griffith.* Thymustod 324. —

Bourneville. Myxoedem 325. — *Bartz*. Athyreosis 325. — *Garnier* und *Santennoise*. Rachitis und Zwergwuchs 326. — *Bourneville*. Zwergwuchs und Infantilismus 326. — *Crozer-Griffith*. Barlow'sche Krankheit 326. — *Codeca*. Werlhoff'sche Krankheit 327. — *Trischitta*. Basedow 327. — *Orta*. Frizzoni. Riga'sche Krankheit 327. — *Nicola*. Pseudokrups 328. — *Morse*. Antipneumokokkenserum 328. — *Jehle*. Pneumokokken-Agglutination 328. — *Jochmann* und *Moltrecht*. Bronchopneumonien bei Keuchhusten 329. — *Barbour*. Capilläre Bronchitis 329. — *Kerley*. Pneumonie bei Säuglingen 329. — *Cozzolino*. *Baduel* und *Gargano*. Pneumonie 329, 330. — *Mensi*. Sepsis des Atmungsapparates 330. — *Cassel*. Herzfehler 330. — *Guinon*. Pericarditis 330. — *Barsi*. Febris typhoides helmintiatica 330. — *Percina*. Leberhyperplasie 331. — *Aldrich*. Angina Ludovici 331. — *Oberwarth*. Angina gangraenosa 331. — *Zuber*. Aortendilatation bei Rheumatismus 332. — *Reiner*. Rheumatische Gelenkentzündung 333. — *Bernstein*. Pathogenität der Blastomyceten 333. — *Bernard*. Frühsymptom bei Typhus 334. — *Sobel*. Keuchhustenbehandlung 334. — *Krestnikoff*. Morphologie des Blutes bei Parotitis 334. — *Carlsburg*. Augeneiterung der Neugeborenen 335. — *Brüning*. Urethritis gonorrhoea 335. — *Coggi*. Tetanus 335. — *Margulies*. Miliartuberkulose 335. — *Arroz-Alfaro*. *Hinz*. *Leroux*. Tuberkulose 335, 336. — *Maquio*. Variola 336. — *Tugendreich*. Meningo-encephalitis-syphilitica 336. — *Bartenstein*. Lebercirrhose bei hereditärer Syphilis 337. — *Wieland*. *Kassowitz*. *Geißler*. Diphtherieheilserum 337. — *Schön-Ladniewski*. Angina diphtherica 337. — *v. Schoeller*. *Rosenthal*. Larynxdiphtherie 337, 338. — *Northrup*. Intubation 338. — *Concetti*. Rückfälle und Rezidive bei Diphtherie 338. — *Lewin*. Gehörorgan bei Diphtherie 339. — *Ekholm*. Scharlachübertragung durch Milch 339. — *v. Székely*. Scharlachinfektion 339. — *Scholz*. Serumbehandlung des Scharlach 340. — *Dodin*. Masernkrupp 340. — *Frey*. Glykosurie bei Otitis 341. — *Pause*. Labyrinthkrankung 341. — *Haug*. Anästhesin bei Gehörgangsentzündungen 341. — *Alexander*. Ohrmuschelkeloid 341. — *Sugar*. Hemiatrophia facialis 342. — *Ostmann*. Mißbildungen des äußeren Ohres 342. — *Hymanson*. Kongenitale Hemihypertrophie 342. — *Schön*. Hodengeschwülste 342. — *Martirenc*. Defekt der Brustmuskeln 343. — *Vallois*. Teratom 343. — *v. Schumacher*. Dystopie der Niere 343. — *Zappert*. Genitalblutungen neugeborener Mädchen 343. — *Kirnisson*. Hasenscharte 344. — *Urban*. Blutung nach Tonsillotomie 344. — *Lämmerhirt*. Larynxpapillome 344. — *Wasastjerna*. Aortenruptur 345. — *Schachner*. Darmokklusion 345. — *Krogus*. Enterokystom 345. — *Ducroquet*. Coxitisbehandlung 345. — *Ducroquet*. *Corletti*. Pott'sche Krankheit 345, 346. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge**. *Bresset*. Consultation de nourrissons 346. — *Mocquot*. *Rivière*. *Effler*. Säuglingsfürsorge 347. — *Budin*. Assurances sur décès d'enfants 348. — *Zimmer*. Sterblichkeit der Haltekinder 348. — *Hirschl*. Gesundheitsverhältnisse der Neugeborenen 349. — *Venot*. Ferienkolonien 349. — **Berichte**. Gesellschaft der Aerzte in Wien 350, 351, 352. — Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg 352, 353. — **Besprechungen**. *Degré*. Therapie der Kinderkrankheiten 353. — *Butte*. L'alimentation lactée chez le nouveau-né 353. — *Sergent* und *Bernard*. L'insuffisance surrénale 353. — *Damany*. Les épanchements pleuraux liquides 354. — *Lyon*, *Loiseau*, *Lacaille*. Formulaire thérapeutique 355.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Oktober

Band II. Nr. 7.

Ueber Erfolge und Organisation der deutschen Seehospize.*)

Von Dr. Arthur Keller.

Der Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten, 1881 durch Professor Beneke gegründet, unterhält vier Hospize in Norderney, Wyk, Groß-Müritz und Zoppot, in welchen während der letzten Jahre etwa 2000 Kinder jährlich Aufnahme fanden. Eine wesentliche Unterstützung in seinen Bestrebungen erhält der Hauptverein durch den Berliner Frauenhilfsverein unter Leitung von Frau von Leyden, welcher gegenwärtig jährlich für 500 Kinder an Kur-, Reise- und Verpflegungskosten etwa Mk. 50.000.— aufbringt.

Um die Zuführung der Kinder vom Heimatsorte nach dem Hospiz zu erleichtern, sind von einzelnen Großstädten aus regelmäßige Transporte organisiert, welche unter Aufsicht eines Vorstandsmitgliedes der Leitung einer oder mehrerer Krankenschwestern anvertraut sind.

Der Vorstand des Berliner Vereines, welchem sich Zweigvereine in Dresden, Braunschweig, Frankfurt a. M. angliedern, führt die Oberaufsicht über die Hospize; die Leitung der einzelnen Kinderheilstätten liegt entweder in der Hand des Arztes oder wird von einem Lokalkomitee geführt, dem der Arzt anzugehören hat. Zwischen dem Vorstand des Berliner Vereines und der Hospizleitung besteht eine Mittelsperson in der Person des Kurators, dem sehr weitgehende Befugnisse zugesichert sind.

*) Vortrag in der Sektion für Kinderheilkunde der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel. Die ausführliche Publikation mit Literaturangaben, Tabellen etc. erfolgt an anderer Stelle.

Wir haben also in aufsteigender Reihenfolge als Verwaltungsbehörden:

Arzt und Oberin, deren Stellung neben und gegen einander leider nicht präzisiert genug geregelt ist,

Lokalkomitee,

Kurator,

Vorstand des Vereines,

Generalversammlung.

Der Apparat ist kompliziert genug, ohne dadurch an Zuverlässigkeit zu gewinnen.

Wenn auch gegenüber z. B. den 24 französischen Hospizen mit ihren 3900 Betten die Zahl und Größe der deutschen Anstalten gering erscheint, so verdienen sie doch schon darum unser volles Interesse, weil sie darauf Anspruch machen, eine wichtige Rolle im Kampfe gegen die Skrofulo-Tuberkulose zu spielen. Die deutsche Renommieranstalt, das Hospiz in Norderney von 250 Betten, ist mit modernen Baulichkeiten ausgestattet und allen Anforderungen der Krankenhaushygiene entsprechend eingerichtet. Die Heilstätte in Wyk auf Föhr, 1883 eröffnet, war ursprünglich für 80 Betten bestimmt, jetzt ist durch extreme, den hygienischen Forderungen widersprechende Ausnützung des Raumes für 160 Kinder Platz geschaffen.

Versuche ich in kurzen Zügen eine Uebersicht über die klinischen Beobachtungen, zu denen ich im Wyker Hospiz Gelegenheit hatte, zu geben, so ist in erster Linie die Beeinflussung der Respirationserkrankungen zu erwähnen. Akute Bronchitiden zeigen einen schnellen, leichten Verlauf; viele Kinder, bei denen das ärztliche Attest das Bestehen einer Bronchitis konstatiert, werden schon am 3. oder 4. Tage ihres Aufenthaltes frei von Erscheinungen befunden. Ebenso tritt bald ein entschiedener günstiger Einfluß auf chronische Bronchitis hervor. Kinder, bei denen vom Hausarzt Neigung zu Erkältungen angegeben wird, bleiben vollständig frei oder zeigen nur kurz vorübergehende Störungen.

Am meisten ist mir aufgefallen, daß selbst jene diffusen Formen der chronischen Bronchitis, welche häufig jeder Behandlung trotzen, in zwei bis drei Wochen zum Verschwinden kommen. Bleiben die Symptome längere Zeit bestehen, so muß stets der Verdacht auf Tuberkulose erweckt werden, welcher in allen derartigen von mir beobachteten Fällen in der Anamnese Unterstützung fand.

Ein Fall aus der Privatpraxis ist mir besonders in Erinnerung geblieben, ein dreijähriges Kind, welches wegen diffuser Bronchitis nach Wyk geschickt war und bei welchem vom Hausarzt bereits der Verdacht auf Tuberkulose ausgesprochen war. Außer der diffusen Bronchitis fand ich R. H. etwas verkürzten Perkussionschall und einzelne klingende Rasselgeräusche. Je länger das Kind in Wyk war, umso mehr verschwanden die Symptome der diffusen Bronchitis und umso mehr traten die anfangs undeutlichen lokalen Erscheinungen an jener zirkumskripten Stelle hervor und wurden

so eindeutig, daß ich den Eltern riet, nach Hause zurückzukehren. Wenige Wochen später ging das Kind unter den Erscheinungen tuberkulöser Meningitis zugrunde.

An zweiter Stelle möchte ich die Wirkung auf die subjektiven Symptome, wie Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schwindelanfälle, Appetitlosigkeit, Unlust zur Arbeit etc., nennen, jene Erscheinungen, welche bei neuropatisch belasteten Kindern*) auftreten, ohne daß wir objektiv etwas Krankhaftes nachweisen können. Das sind die Kinder, bei denen vielleicht die besten Erfolge mit der üblichen Sechswochenkur erzielt werden und mit deren Behandlung die Eltern gewöhnlich am meisten zufrieden sind. Schon nach wenigen Tagen vergessen die Kinder ihre Klagen und spielen ebenso eifrig und lustig wie die gesunden. Zu dem günstigen Einflusse, welchen der Wechsel der gewohnten Umgebung, die Entfernung von den eigenen nervösen Angehörigen ausübt, gesellt sich jene Wirkung der Kur, welche sich in den Körpergewichtszunahmen ausdrückt und eine entschiedene Besserung des Allgemeinbefindens anzeigt.

Die Kontrolle des Körpergewichtes als objektiver Maßstab für die Beurteilung des Krankenmaterials ist für den Heilstättenarzt von besonderer Bedeutung. Denn mit einem großen Transport trafen z. B. in Wyk 150 Kinder ein, neue Fälle, in deren individuelle Eigentümlichkeiten sich der Arzt erst mit der Zeit einlebt. Dazu kommt, daß die Wage ein unbestechlicher Richter über den Heilerfolg ist. Wenn man auch nach der Gewichtszunahme allein den Kurerfolg nicht bemessen darf, so darf man doch ebensowenig den Wert der Gewichtsbestimmungen soweit unterschätzen wie Cazin, welcher auf die Wägungen der Kinder in der Anstalt vollständig verzichtet.

Da die beiden ersten Tage durch die Unterbringung der Kinder, durch die Neuordnung des Betriebes in der Regel voll in Anspruch genommen sind, werden die Kinder zumeist am dritten oder vierten Tage nach der Ankunft in Wyk gewogen, von da an regelmäßig jede Woche.

Von den Wägungsergebnissen sind einmal die Anfangsgewichte der Kinder von Interesse, weil sie die Auslese des Materials charakterisieren, und zweitens die Aenderungen des Gewichtes im Laufe der Kur. Wir erfahren aus den letzteren, daß fast alle Kinder ohne Ausnahme an Gewicht zunehmen, nur bei drei oder vier Kindern unter 440, welche ich im Sommer 1902 beobachtete, fand ich einen Gewichtsstillstand. Die Größe der Zunahme schwankt innerhalb weiter Grenzen, es gehört nicht zu den Seitenheiten, daß Kinder im Laufe von fünf Wochen ebensoviel Kilogramm zunehmen und bei der Rückkehr nach Hause, wie die Eltern schreiben, kaum wiederzuerkennen sind. In der Regel treten nach einer geringen Gewichtsabnahme in den ersten Tagen des

*) Leroux macht bezüglich der Behandlung nervöser Kinder einen Unterschied zwischen den verschiedenen Seesasanatorien Frankreichs: er empfiehlt die an der Mittelmeerküste gelegenen im Gegensatz zu denen an der West- und Nordküste.

Aufenthaltes starke Zunahmen in den ersten Wochen ein, die allmählich geringer werden. Ich habe bei Kindern, die längere Zeit in Wyk waren, Perioden des Gewichtsstillstandes nach einer anfänglichen rapiden Zunahme beobachtet, denen wiederum Wochen mit starkem Anstieg der Gewichtskurve folgten. Andere Kinder nehmen wochenlang ständig regelmäßig zu. Kurz es kommen die verschiedensten Typen von Kurven vor, aber alle zeigen eine Zunahme des Körpergewichtes an.

Berechnet man die durchschnittlichen Zunahmen, so ist unbedingt erforderlich, die Kinder nach dem Alter zu trennen. Denn wir sehen, daß die absoluten Zunahmen mit dem Alter des Kindes erheblich steigen. Die übliche Angabe in den Jahresberichten: „Die durchschnittliche Gewichtszunahme stellt sich bei Knaben auf 1·39 kg“ ist ohne Wert, da die Größe der Mittelzahlen davon abhängig ist, ob in der Mehrzahl ältere oder jüngere Kinder Aufnahme finden. In den Jahresberichten fehlt zumeist auch die Berechnung der Gewichtszunahme pro Woche.

Vergleichen wir die Gewichtszunahmen im Seehospiz mit den Zunahmen, welche für das betreffende Alter unter normalen Umständen konstatiert werden, so ergibt sich eine erhebliche Differenz zugunsten der Kurzeit. Verfolgt man die Gewichtskurve bei Kindern, die mehrere Jahre hinter einander ins Hospiz geschickt werden, so zeigt sich vielfach ein treppenförmiger Verlauf der Kurve. Zu berücksichtigen bleibt dabei, daß es sich um Ferienzeit gegenüber der Schulzeit handelt.

Vergleicht man die Durchschnittszunahmen in Wyk mit der aus Ferienkolonien, aus der Basler Kinderheilstätte Langenbruck, aus anderen Hospizen, z. B. Rovigno, berichteten, so ergibt sich auch da ein Unterschied zugunsten von Wyk.

Für die Beurteilung der Ernährungserfolge ist die Kostform von Bedeutung. Die vor meiner Zeit übliche Kost bestand hauptsächlich aus reichlich Fleisch, viel Milch und relativ wenig Gemüse. Ich habe sie insofern geändert, als die Fleischration erheblich verringert, die Milch auf $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Liter pro Kind eingeschränkt wurde; dagegen stieg der Bedarf an Gemüse, Leguminosen, Zerealien und vor allem auch an Obst wesentlich.

Bei der Gewichtszunahme ist nicht zu vergessen, daß ein großer Teil der Kinder den armen und ärmsten Bevölkerungsklassen unserer Großstädte angehört. Es liegt also der Gedanke nahe, daß es sich um dürftig ernährte Kinder handelt, bei denen eine reichliche Ernährung allein ausreicht, um glänzende Gewichtszunahmen zu erzielen. Mag dies auch in einer Reihe von Fällen die Zunahme unterstützen, so ist die quantitative Vermehrung der Kost unter keinen Umständen der alleinige Grund der großen Gewichtszunahmen. Das Wyker Material gab mir zu vergleichenden Beobachtungen Gelegenheit, welche die Frage einwandsfrei entscheiden.

Drei größere Transporte von Kindern kommen in die Heilstätte, der eine Mitte Mai, der zweite Anfang Juli, der dritte Mitte August. Dem ersten Transport gehören in überwiegender Mehrzahl

Kinder an, welche vom Berliner Frauenhilfsverein überwiesen werden, also aus armen Familien stammen. Mit dem zweiten Transport kommen sehr viele Kinder, welche aus wohlhabenden Familien zum Ferienaufenthalt nach Wyk geschickt werden. In der Größe der durchschnittlichen Zunahme zeigt sich zwischen dem ersten und zweiten Transport ebensowenig ein Unterschied, als wenn wir direkt die Gewichtsverhältnisse der zählenden Kinder mit denen der unentgeltlich aufgenommenen vergleichen.

Doch verdient dieser Umstand, daß die Kinder aus den verschiedensten sozialen Klassen stammen, bei der Wahl der Kostform insofern Berücksichtigung, als die Kost ebensowohl für eiweißüberernährte Kinder geeignet sein muß als für unterernährte oder rekonvaleszente Kinder; sie soll reich an Kohlehydraten und Vegetabilien sein, dabei aber doch ein gewisses Mindestmaß von animalischem Eiweiß enthalten. Der Betrieb der Kinderheilstätte schließt ein weitgehendes Individualisieren in der Kostwahl aus.

Wenn ich mich bei der Besprechung der Wägungsergebnisse länger aufgehalten habe, glaube ich mich im folgenden umso kürzer fassen zu können. Bei Herzaffektionen, chronischen Nephritiden habe ich zum mindesten eine Verschlimmerung der Erkrankung nicht beobachtet, die betreffenden Kinder haben allerdings nur warm gebadet, namentlich seitdem ich die Erfahrung gemacht hatte, daß bei bestehender Nephritis kalte Bäder schlecht vertragen wurden. Auch im Verlauf der Hauterkrankungen habe ich Besonderheiten nicht beobachtet, nur erschien mir das Aussehen der Hautaffektionen zuweilen von den bekannten Bildern abweichend.

Es bleiben mir die klinischen Beobachtungen bei 3 Krankheiten zu erörtern, für welche die Behandlung in den Seehospizen stets besonders empfohlen worden ist: Rhachitis, Tuberkulose, Skrofulose.

Von französischen und italienischen Autoren werden glänzende Erfolge bei Rhachitis gemeldet, mir fehlen darüber eigene Erfahrungen, da im Hospiz Kinder unter vier Jahren von der Aufnahme ausgeschlossen und auch Kinder unter sieben Jahren nur in geringer Zahl vorhanden sind.

Bezüglich der Tuberkulose geht die allgemeine Anschauung heute dahin, daß Lungentuberkulosen und alle viszerale Tuberkulosen von der Behandlung an der See ausgeschlossen sind, daß für Tuberkulose während des Bestehens akuter Entzündungserscheinungen ein günstigerer Zeitpunkt zu wählen ist. Dagegen werden chirurgische Tuberkulosen mit gutem Erfolg in den Kinderheilstätten behandelt. Bei den Fällen von Knochen- und Gelenk- und von Drüsentuberkulose habe ich eine besonders günstige Wirkung auf die lokale Affektion nicht gesehen, wenn auch das Allgemeinbefinden sichtlich gebessert wurde.

Versuche ich, meine Erfahrungen an skrofulösen Kindern zusammenzufassen, so können wir einerseits den Erfolg aus der Veränderung der Krankheitssymptome erschließen. Jene Erscheinungen, wie Landkartenzunge, zirkuläre Karies der Zähne, zeigen sich un-

verändert; ebenso die Hyperplasie der lymphoiden Gewebe. Prurigo kam bei einzelnen Kindern zum Abheilen, Phlyktänen habe ich bei einigen verschwinden, bei anderen auftreten sehen während des Aufenthaltes im Seehospiz, ohne einen bestimmten Einfluß des Seeklimas zu erkennen. Nur in einem besonders hartnäckigen Falle, in dem die Anamnese von sehr häufigen Rezidiven berichtete, verschwanden die entzündlichen Erscheinungen (unter gleichzeitiger lokaler Behandlung), um während der langen Wochen, in denen das Kind bei uns blieb, nicht wiederzukommen und auch in den nächsten Monaten der Entlassung wegzubleiben. Von der günstigen Wirkung auf die rezidivierenden Erkrankungen der Luftwege habe ich bereits oben gesprochen und habe nur noch hervorzuheben, daß der Einfluß des Seeklimas auf den Stoffwechsel auch den skrofulösen Kindern in vollem Maße zugute kommt, und das verdient wohl Beachtung. Denn soweit die Skrofulose überhaupt einer Ernährungstherapie zugänglich ist, ist in den Seehospizen dazu die beste Gelegenheit geboten.

Fragen wir uns, worauf die Erfolge zurückzuführen sind, so dürfen wir das Verschwinden der subjektiven nervösen Beschwerden mit der Anstaltsbehandlung in Zusammenhang bringen, die günstige Beeinflussung der Respirationserkrankungen mit der Keim- und Staubfreiheit der Luft und der Gleichmäßigkeit der Temperatur. Bei der Erzielung der Körpergewichtszunahmen spielen wohl bei entsprechender Kostwahl alle Faktoren des Seeklimas, der Bäder etc. gleichzeitig eine Rolle.

Von Robin ist erst jüngst der Versuch gemacht worden, diese Faktoren und ihren Einfluß auf den Stoffwechsel im einzelnen zu bestimmen und daraus Indikationen und Kontraindikationen abzuleiten. Bei der Lektüre der Verhandlungen des Kongresses für Thalassotherapie kann ich mich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich dabei um eine „Scheinexaktheit“ handelt. Denn die wissenschaftlichen Untersuchungen über den Einfluß des Seeklimas auf die Funktionen einzelner Organe und den Stoffwechsel im allgemeinen sind nicht so weit gediehen, um unser klinisches Handeln zu bestimmen.

Mögen aber die momentanen Erfolge noch so gut sein, so entscheidet über den Wert einer Therapie doch nur die Dauer des Erfolges. Ich habe versucht, mir aus dem eigenen Material ein Urteil darüber zu bilden. Zu diesem Zwecke habe ich die Krankengeschichten früherer Jahre studiert und die Notizen über Kinder, die bereits vorher in Wyk waren, gesammelt. Andererseits habe ich nach der Entlassung der Kinder aus der Heilstätte bei den Eltern von 300 Kindern und bei den behandelnden Aerzten über den weiteren Erfolg der Kur Erkundigungen eingezogen.

Aus den Krankengeschichten früherer Jahre ersah ich das eine, daß in sehr vielen Fällen die Kinder Jahr um Jahr mit fast den gleichen Beschwerden und Symptomen die Heilstätte wieder aufsuchen, daß von einer zunehmenden Besserung keine Rede ist. Die Kinder erholen sich in der Heilstätte, das ist nicht zu leugnen,

aber der Erfolg ist von kurzer Dauer. Diese Beobachtung wird illustriert durch den erwähnten treppenförmigen Anstieg der Körpergewichtskurve.

Nach der Entlassung aus der Heilstätte zeigte sich namentlich in den Fällen eine anhaltende Wirkung der Kur, in welchen die Kinder erst auf dem Umwege über einen längeren Landaufenthalt in die Großstadt zurückkehrten. Die Krankheitserscheinungen blieben lange Zeit weg und die Körpergewichtszunahmen setzten sich fort.kehrten die Kinder nach dem kurzen Aufenthalt in Wyk sofort wieder in die mangelhaften hygienischen Verhältnisse einer unbemittelten Großstadtfamilie zurück, so traten sehr häufig die Krankheitssymptome bald wieder in der alten Weise auf, die Gewichtszunahmen kamen zum Stillstand oder verwandelten sich sogar in Abnahmen.

Nehmen wir alles in allem, so sind die in unseren deutschen Seehospizen erzielten Erfolge bescheiden genug. Bei erholungsbedürftigen und rekonvaleszenten Kindern werden entschieden gute Erfolge erreicht, aber sie sind in vielen Fällen von kurzer Dauer. Bei Skrofulose und Tuberkulose kommt es zu einer Besserung des Allgemeinzustandes, zu einem vorübergehenden Verschwinden einzelner Symptome; aber von einer Heilung kann nicht im entferntesten die Rede sein.

Die Leistungen der deutschen Seehospize im Dienst der allgemeinen Gesundheitspflege sind nicht viel besser als die der Ferienkolonien, Erholungsstätten etc., und doch sollten sie sich viel größere Aufgaben stellen.

Der Vergleich mit den ausländischen Hospizen, der so nahe liegt, fällt meines Erachtens nur zu ungunsten der deutschen Hospize aus. Die französischen und belgischen Hospize, das österreichische, dänische und das norwegische Hospiz wählen ihr Material sehr sorgfältig aus, sie stehen in engster Verbindung mit den städtischen Kinderhospitälern und mit eigenen Polikliniken. In Frankreich wird ein Unterschied gemacht zwischen Seesanasorien und Seehospitälern. Die ersteren dienen zur Aufnahme der erholungsbedürftigen, rekonvaleszenten, skrofulösen Kinder; die zweiten sind vollständige Hospitäler, mit vollem ärztlichen Betrieb und allen modernen Hilfsmitteln des Krankenhauses ausgestattet, im wesentlichen für chirurgische Tuberkulose bestimmt. Die einen wie die anderen bemessen die Kurdauer nicht nach Wochen, sondern nach Monaten und entlassen die Kinder erst nach tatsächlich erfolgter Heilung. Nur die deutschen und italienischen Hospize halten an den Sechswochenkuren fest; wenn sie dies tun, dann wären sie aber zum mindesten verpflichtet, durch ernste wissenschaftliche Arbeiten ihre Sonderstellung zu begründen, falls diese letztere nicht lediglich durch die Geldfrage bedingt ist. Auffallend genug ist, daß in der deutschen Literatur seit den Tagen Benekes ausführliche Publikationen über die Heilstättenerfolge fehlen.

Ich muß ausdrücklich hervorheben, daß sich meine Erfahrungen auf Wyk beziehen. Aber das dortige Hospiz ist das zweitgrößte deutsche.

Zum Schlusse will ich die Ergebnisse meiner Beobachtungen sowie die Resultate des Literaturstudiums in folgendem Resumé zusammenfassen.

I. Bleibt die Kurdauer in den deutschen Hospizen, wie bisher in der Regel, auf sechs Wochen beschränkt, dann sind die Heilstätten nicht besser als Ferienkolonien, Erholungsstätten etc., nur viel kostspieliger.

II. Stellen die Kinderheilstätten sich die Aufgabe, Skrofulo-Tuberkulose zu behandeln, dagegen anzukämpfen, daß diese Krankheiten sich bei den Kindern entwickeln, nachdem sie vorher durch Krankheit geschwächt sind, oder dafür zu sorgen, daß wenigstens die weitere Entwicklung der Krankheit gehemmt wird, dann ist notwendig:

1. eine sorgfältige Auslese des Materials, vor allem der Kinder, die unentgeltlich den Seehospizen überwiesen werden. Aus ökonomischen Gründen wird man in der Zulassung der selbstzahlenden Patienten weniger wählerisch sein können;

2. eine erheblich längere Kurdauer, eventuell in leichteren Fällen eine Nachkur in Erholungsstätten;

3. die notwendige Folge der Verlängerung der Kurdauer ist die Durchführung des Winterbetriebes oder, falls sich dies nicht ermöglichen läßt, eine Verlegung der Winterpatienten von den anderen Hospizen nach Norderney, wo bereits Winterbetrieb besteht;

4. eine dauernde ärztliche Beobachtung der Kinder auch nach der Entlassung aus der Heilstätte.

Die letztere sowie die einheitliche Auslese des geeigneten Materials ist in den hauptsächlich in Betracht kommenden Großstädten den Kinderpolikliniken oder einzelnen Aerzten zu überweisen, die ständig in Fühlung mit der Vereinsleitung und den Hospizärzten bleiben.

Sehr wünschenswert würde es mir erscheinen, daß ein Heilstättenarzt, der die Kinder während der Kur beobachtet, sie während des Winters weiter verfolgt und für den folgenden Sommer die Auswahl trifft. Nur auf diese Weise würde ein einwandfreies Material zusammengebracht werden, welches ein Urtheil über die Hospizerfolge gestattet. Gar manche wichtige Frage würde sich dann von selbst zur Lösung aufdrängen, wenn derselbe Arzt die Kinder in der Heilstätte und in der Großstadt beobachtet und mit den klinischen Beobachtungen wissenschaftliche Untersuchungen verbindet.

Wer die Entwicklung der Tuberkuloseheilstätten in Deutschland verfolgt hat, wird sich darüber wundern müssen, wie langsame Fortschritte die Frage der deutschen Kinderheilstätten macht, welche von Beneke ehemals mit so glühender Begeisterung angeregt wurde.

Die Bedingungen für guten Erfolg sind gegeben, aber sie müssen voll und ganz ausgenützt werden, wenn die deutschen Heilstätten nicht weit hinter den ausländischen zurückstehen wollen.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

O. Frankl. *Ueber den Verschluss der Nabelarterien.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 35 bis 36, S. 1651.)

Frankl hat über den anatomischen Bau der Nabelgefäße und die physiologischen Vorgänge bei der Abnabelung Beobachtungen angestellt und dabei vorzugsweise die Muskulatur und das elastische Gewebe berücksichtigt. Bezüglich der Muskulatur kommt er zu denselben Ergebnissen wie Bucura, der zugleich nachwies, daß nur bei lebendgeborenen menschlichen und tierischen Fröchten ins Innere der Nabelarterien längs verlaufende Vorsprünge, zwei bis vier an Zahl, vorfinden (Strawinskis „Polster“), welche das Gefäßlumen ohne Mithilfe einer Blutthrombose vollkommen verschließen. Etwas abweichend lauten Frankls Ergebnisse bezüglich des elastischen Gewebes. Er fand zunächst, daß eine als geschlossene Membran auftretende elastische Innenhaut bei der Nabelarterie im Funikularteil fehlt. In der Pars intraabdominalis ist eine solche, u. zw. von erheblicher Dicke, vorhanden. Hingegen fand er ein System von elastischen Platten, die netzartig die Längsmuskelschichte durchsetzen und die Längsfaserzüge gleichwie in einem Waben-system festzuhalten scheinen. Hier und da tritt auch zwischen den beiden Muskelschichten eine Grenzmembran auf, die aber nie als einheitliche elastische Röhre auffindbar ist, sondern aus zahlreichen feinen Fäserchen besteht, die teils miteinander zusammenhängen, teils bloß nebeneinander liegen. Die äußere Ringmuskelschicht ist sehr arm an elastischen Elementen. An einzelnen Arterien läßt sich eine elastische Innenmembran nachweisen, die jedoch bloß kleine Abschnitte der Zirkumferenz betrifft, indes nie ringsum das Endothel bedeckt.

Für die Physiologie des Nabelarterienverschlusses, resp. für die Bildung der nach dem Lumen leistenartig vorspringenden Kontraktionserscheinung (Polster) der glatten Längsmuskelbündel ist das wichtigste Moment der das Gefäß treffende mechanische Reiz, welcher bei der Geburt der Säugetiere und der ohne Mithilfe einer kundigen Person ablaufenden Geburt beim Menschen in Betracht kommt. Die Bedeutung dieses Momentes führt Frankl des näheren aus und sind seine Bemerkungen im Original nachzusehen.

Unger (Wien).

Mosse-Grünbaum. *Zur Pathologie des Blutes im frühen Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1903, Heft 2, Seite 435.)

Die Verf. bringen Daten über die Verteilung der einzelnen Formen der weißen Blutkörperchen und über das Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen bei vier blassen Kindern von 1 bis 2 Jahren. Alle vier litten an Rhachitis, zwei von ihnen wiesen eine mäßige Vergrößerung der Milz auf. In Fall I und II konnte ein erheblich von der Norm abweichender Blutbefund nicht erhoben werden. Im Falle III bestand eine Vermehrung der mononukleären Leukozyten, gleichzeitig fanden sich kernhaltige rote Blutkörperchen. Die pathologischen Formen waren jedoch nach längerer Behandlung der Rhachitis nicht mehr zu finden. Fall IV stellte sich als schwere Anämie heraus. Es fanden sich Myelozyten neben Neigung zur Geldrollenbildung und Poikilozytose. In einem fünften Fall mit der Diagnose perniziöse Anämie (Sektion fehlt) wurde folgender Befund erhoben: Vermehrung der großen uninukleären Leukozyten, jedoch ohne Leukozytose; Myelozyten; zahlreiche große und kleine kernhaltige rote Blutkörperchen; Poikilozytose; Veränderungen der

Hämoglobinsubstanz; in den weißen Blutkörperchen u. zw. in den Lymphozyten und Myelozyten zahlreiche Kernbildungsfiguren.

Alle Untersuchungen wurden am gefärbten Präparat mit Ehrlichs Triazidlösung und dem Methylenblau-Eosinmischung nach Jenner und May-Grünwald vorgenommen.

Weigert (Breslau).

M. Bernstein. *Ueber Immunität nach Bestehung von Blattern und über die Notwendigkeit der Durchführung der Revaccination.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 36, S. 1693.)

Durch eine Anzahl praktisch-klinischer Beobachtungen in seinem Glauben an die vollständige Immunität nach Blattern erschüttert, fing Bernstein an, während der Durchführung der gemeindeweisen Vakzination auch die mit Blatternnarben versehenen Kinder und Erwachsenen zu revakzinieren und der Erfolg bestätigte seine Vermutung. Im Jahre 1902 revakzinierter er im Bezirke Travnik (Bosnien) 64 Personen im Alter von 14 bis 40 Jahren mit sichtbaren Blatternnarben im Gesicht und bei allen diesen Revakzinierter kamen vier schön ausgebildete Pusteln zur Entwicklung, die denselben Verlauf wie bei Vakzinierter zeigten. In einem anderen Bezirke war dies unter 30 Personen, die gleichfalls sichtbare Narben am Gesicht und Körper zeigten, bei 19 der Fall.

Bernstein nimmt an, daß die vollständige Immunität nach Variola doppelt so lange dauert, wie die nach der ersten Vakzination, d. h. 15 Jahre, wenn die Immunität nach der letzteren im Durchschnitt mit sieben Jahren berechnet wird und schlägt vor, die früher Geblatterten nach 15 Jahren nochmals der Impfung zu unterziehen.

Unger (Wien).

Roth. *Versuche über die Einwirkung des Koffeins auf das Bakterium typhi und coli.* (Hygienische Rundschau 1903, Nr. 10.)

Die Schwierigkeiten, welche die Isolierung des Typhuserregers von der Gruppe des Bact. coli macht, werden dadurch verringert, daß durch Zusatz einer 1% Koffeininlösung zum Nährboden — bei gewöhnlichen neutralen Agarplatten 70–80% — das Bact. coli vollständig im Wachstum gehemmt wird, während das Bact. typhi gut zur Entwicklung kommt.

Hohlfeld (Leipzig).

Hönigschmied. *Dermotherapeutische Erfahrungen mit Thigenol „Roche“.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 37, S. 1735.)

Der Autor hat das Thigenol sowohl innerlich als äußerlich angewendet und nachteilige Einwirkungen niemals beobachtet. Das Hauptgebiet der Anwendung bildeten die verschiedensten Hauterkrankungen, u. zw. zumeist veraltete Ekzeme, Furunkulosis, Favus, Psoriasis, Pemphigus, Pruritus ani et perinei etc. Innerlich wurde das Mittel zumeist bei Furunkulosis gegeben und auch von kleinen Kindern nicht ungern genommen. Immer und überall machte sich sofort die schmerzstillende Wirkung geltend, eine Abnahme der entzündlichen Erscheinungen und Austrocknung der Haut mit folgender weicher, samtartiger Geschmeidigkeit. Bemerkenswert ist ein Fall von

Pemphigus bei einem zwei Monate alten Kinde mit haselnuß- bis walnußgroßen Blasen an Ober- und Unterschenkel, Handtellern und Fußsohlen und entzündlich geröteter schmerzhafter Umgebung. Einpinslung mit Thigenolum pur. früh und abends beseitigte fast unmittelbar den Schmerz und führte innerhalb acht Tagen zur Heilung. Bei chronischen, fortwährend rezidivierenden Ekzemen empfiehlt Verf. Thigenol mit *Sapo viridis* aa kräftig einzureiben und zugleich Thigenol innerlich (20 pro die in wässriger Lösung mit Aq. Menth. und Syr. cort. aurant.) zu verabreichen.

Unger (Wien).

0. **Hoffmann.** *Ueber Modefehler in der Kleinkinderpflege.* (Die Krankenpfl., II. Jahrg., 1902—1903, Nr. 2, S. 997.)

Als solche bezeichnet der Autor u. a. die Auskleidung der Kinderwagen und Körbe mit wasser- und luftdichten, jede Verdunstung von seiten des kindlichen Körpers hindernden Stoffen (Wachsleinwand), der Verschuß derselben durch dicke Schleier und Vorhänge, die Wahl einer hellblauen, hellgrünen, violetten und leuchtend roten, das Auge unangenehm blendenden Farbe dieser Stoffe (statt der zweckmäßigen stumpfgrauen und stumpfbraunen Farbe), den Zuschnitt des modernen Steckkissens, in welchem das Kind förmlich gefesselt erscheint und an dessen Stelle er einen beutelartigen, oben verbreiterten Schnitt empfiehlt, endlich die nicht genug zu tadelnde Gewohnheit, die Kinder zu wenig in die freie Luft zu tragen, aus Furcht, dieselben zu erkälten.

Unger (Wien).

C. S. **Engel.** *Ein desinfizierbarer Kinderkrankenwagen.* (Die Krankenpfl., II. Jahrg., 1902—1903, Nr. 11, S. 985.)

Der in der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege von Engel demonstrierte Wagen ist ein größerer Kinderwagen aus Eisenblech, in dem auch ältere Kinder befördert werden können. Das aus Segeltuch, ohne Leder, bestehende Verdeck läßt sich durch wenige Handgriffe ebenso leicht von dem eigentlichen Wagen entfernen, wie die Matratze, der gepolsterte Seitenschutz, die Decken, Zacken etc. Mit solchen, an geeigneten Stellen (Krankenhäuser, Sanitäts- und Rettungswachen) gegen Entgelt und gratis zur Verfügung stehenden, eventuell von Krankentransportgeschäften zu entlehnenden Kinderwagen könnten die Kinder bequem, billig und ohne Gefährdung der anderen Bevölkerung ins Krankenhaus befördert und die Wagen daselbst desinfiziert werden. Auch könnten Wohlhabende, bei dem geringen Preise dieser Beförderungsmittel, durch Stiftung solcher Wagen an ärmere Krankenhäuser zu wirklichen Wohltätern der Kinderwelt werden.

Unger (Wien).

Enrique Foster. *L'enfant.* (Thèse de doctorat, Buenos-Aires 1903, 130 pag.)
Figueira (Rio de Janeiro).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Foveau de Courmelles. *Rôle moralisateur et hygiénique du travail manuel chez l'enfant.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 15.) Brüning (Leipzig).

F. Battistini. *Sono utili le lunghe marce in montagna pei ragazzi deboli?* (Sind lange Märsche im Gebirge schwachen Knaben zuträglich?) (Rivista d'igiene e sanità pubblica 1903, Nr. 3.)

Verf. beobachtete 31 Knaben vor und nach einer Bergbesteigung und bemerkte bei den meisten akute Herzerweiterung, Verminderung des Blutdruckes, in einigen Fällen auch Pulsarrhythmie und systolische Geräusche. Außerdem zeigten viele der Untersuchten Müdigkeit, Atmungsbeschwerden, Kopfschmerzen u. s. w., alles Symptome, die auf eine Störung des Zirkulationszentrums hinweisen. Dotti (Florenz).

Ernährung und Stoffwechsel.

J. K. Friedjung und A. F. Hecht. *Ueber katalytische und fermentative Funktionen der Milch.* Aus dem Jahresberichte der Wiener allgemeinen Poliklinik [Kinderabteilung]. (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 37, S. 1742.)

Die von Raudnitz beobachtete Fähigkeit der Milch, H_2O_2 in H_2O und O zu spalten, schien den Autoren bei der Messung des abgespaltenen Gasvolumens eine Handhabe zur Schätzung des Gehaltes der Milch an aktiven Substanzen zu sein. Sie brachten 2 cm^3 der zu prüfenden Milch und 20 cm^3 der käuflichen 3%igen Wasserstoffsuperoxydlösung in ein entsprechend modifiziertes Gärungssacharometer und lasen nach fünf Minuten das abgespaltene Gasvolumen ab. Etwaige Fehler des Verfahrens stellten sich als klinisch belanglos heraus.

Es wurde die Milch von mehr als 140 Frauen und die Colostra von 26 Frauen unter den verschiedensten Bedingungen untersucht. Die Ergebnisse sind kurz folgende:

Die katalytische Fähigkeit ist sicher thermolabil. Sie geht nicht allein durch Aufkochen, sondern auch durch Erwärmen auf 65 bis 70° während einer halben Stunde verloren, wobei es den Anschein hat, als wären die stärker spaltenden Milchproben hitzebeständiger.

Die katalysierende Substanz dialysiert nicht, sie muß daher an die Formelelemente der Milch, an ihre kolloiden Substanzen und an beide zugleich gebunden sein. Ein Teil steht in der Tat mit den Milchkügelchen in Zusammenhang, da der Rahm die Magermilch an Spaltungsfähigkeit übertrifft. Allein auch die Zellen der Milch spalten, u. zw. intensiv, und ebenso kommt dem Milchplasma die Fähigkeit, zu katalysieren, zu. Die Spaltungsgröße und der Gesamt-N-Gehalt der Milch sind von einander unabhängig.

Die Beziehungen der Katalyse zu den spezifischen Fermenten anlangend, ließe die Tatsache, daß Kuhmilch durchwegs nur minimal spaltet, dabei reich an Oxydasen und Lipasen ist, der Amylase und des salolspaltenden Fermentes aber entbehrt, vermuten, es seien gerade die beiden zuletzt genannten Fermente die Träger der Katalyse. Zahlreiche Versuche lehrten, daß diese Vermutung nur zum Teil zutrifft. Andererseits scheint der

Einfluß der Oxydasen auf die Größe der Katalyse unverkennbar zu sein, denn jene Proben von Frauenmilch, die Rotfärbung (mit Guajakollösung) gaben, übertrafen oxydasefreie Milch an katalytischer Fähigkeit durchschnittlich um das Fünffache. Eine einheitliche Beeinflussung der Spaltungsgröße durch physiologische Faktoren stellte sich nicht heraus.

Während der ganzen Stillperiode schwankt die Spaltungsgröße ziemlich unregelmäßig. Junge und alte Milch lassen daraufhin keinen durchgreifenden Unterschied erkennen; nur die Colostra übertreffen die reife Milch um ein Vielfaches an Spaltungsvermögen und dieser Unterschied verwischt sich meist in den ersten 14 Tagen. Die Zahl der Schwangerschaften und das Alter der Mutter üben keinen entscheidenden Einfluß, nur jenseits des 35. Jahres sind etwas höhere Spaltungswerte fast die Regel; ebenso scheint bei dürtiger Ernährung der Mutter der Spaltungswert höher zu sein.

Während der Menstruation (Auftreten zelliger Elemente und Oxydasen) werden höhere Spaltungswerte gefunden. Während einer Mahlzeit des Säuglings steigt die Spaltungsgröße beträchtlich an. Bei Milchstauung bis zu einem Tag fand sich meist eine Herabsetzung der Spaltungswerte, bei länger dauernder Stauung fast regelmäßig eine Erhöhung (Zellgehalt der Milch).

Bei ganz geringen Spaltungswerten gedeihen manche Säuglinge vortrefflich; dieselben konnten daher auf die aktiven Substanzen in ihrem Stoffwechsel verzichten. Andererseits konnten bei ausgesprochen schlecht gedeihenden Brustkindern meist nicht abnorm niedrige Spaltungswerte nachgewiesen werden. Bei Krankheiten der Mutter (Anämie, Tuberkulose etc.) beobachteten die Verfasser auffallend hohe Spaltungswerte, ähnlich wie bei alten, schlecht genährten Ammen.

Für die künstliche Ernährung mit Tiermilch ergibt sich aus den Untersuchungen als ideale Forderung die Verabreichung steril gewonnener, nicht abgekochter und auch nicht einmal pasteurisierter Nahrung. Die Beobachtung der Autoren, daß das Gefrieren der Milch die aktiven Substanzen nicht schädigt, ließe sich vielleicht in dieser Richtung nutzbar machen.

Unger (Wien).

Hutinel. *Traitement des gastro-entérites aiguës des nourrissons.*
(Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 16.)

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß die meisten Magendarmsymptome bei Gastroenteritis durch Bakterien und Bakterientoxine hervorgerufen werden, hat die Therapie solcher Erkrankungen hauptsächlich nach drei Seiten hin zu erfolgen, u. zw.:

1. die Giftquelle zu beschränken;
2. das Magendarmrohr zu reinigen und
3. den Wasserverlust zu ersetzen.

Ad 1. leistete dem Verf. 12- bis 48stündige Verabreichung abgekochten Wassers bei Meidung jeglicher anderer Nahrung recht gute Dienste. Für 2. kommen neben Magen- und Darmspülungen, von denen letztere am zweckmäßigsten mit lauwarmen Kochsalzlösung gemacht werden, antiseptisch wirkende Medikamente (Kalomel, Ol. Ricini), die zugleich die gärungserregenden Massen aus dem Darne schneller entfernen, in Betracht. Erst wenn die schwersten Symptome nachgelassen haben, sollen Wismuth, Tannin, Tannigen u. dgl. verabreicht werden. Ferner kommen laue Bäder mit Senfzusatz u. dgl. in Anwendung. Zum Ersatz des Wasserverlustes sind subkutane Kochsalzinfusionen (10 bis 150 g) ein- oder mehrmals dringend zu empfehlen. In der Rekonvaleszenz soll

man nur ganz langsam und vorsichtig zur Milchnahrung übergehen; Buttermilch und Malzsuppe, ferner Fleischbrühe und roher Fleischsaft sind mit Erfolg zu verwenden; für ältere Kinder ist eventuell auf Luftveränderung (Land- oder Seeluft) mit Salzbadern Wert zu legen. Br ü n i n g (Leipzig).

Knox. *A Contribution to the Study of the Summer Diarrhoeas of Infancy.* (Beitrag zur Sommerdiarrhöe der Säuglinge.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 18. Juli 1903.)

Der Bac. dysenteriae (Shiga) ist eine häufige Ursache dieser Erkrankung; in der Zukunft wird sich wohl die Serumbehandlung als die vorteilhafteste Therapie erweisen.

Wachenheim (New-York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Schamberg. *Some Clinical Observations on Chicken-Pox.* (Einige klinische Betrachtungen über Varizellen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 6. Juni 1903.)

Unter anderem berichtet Verf. über einen Fall bei einem Mädchen von fünf Jahren, bei dem 14 Tage nach den überstandenen Varizellen eine Variola auftrat. Wachenheim (New-York).

Wright. *A Case of Metastasis of Mumps to the Brain.* (Ein Fall von Gehirnmestase bei Parotitis.) (Amer. Med., 1. Aug. 1903.)

Patient bekam am zehnten Tage Konvulsionen, Opisthotonus Temperatursteigerung bis 40·8 °C., mehr oder weniger Benommenheit und Kopfschmerz dauerten noch zwölf Tage weiter bis zur vollständigen Genesung. Wachenheim (New-York).

Friedlander. *Rheumatism in Childhood.* (Rheumatismus bei Kindern.) (Cleveland Med. Journ., Juli 1903.)

Eine ausführliche Skizze der rheumatischen Symptome im Kindesalter, mit Kasuistik. Wachenheim (New-York).

Otto Rommel. *Ein Fall von Henochscher Purpura.* (Berliner klin. Wochenschrift 1903, Nr. 33.)

Aus der pädiatrischen Universitätspoliklinik in München teilt Verf. einen Fall (dreijähriger Knabe) von Henochscher Purpura mit, bei welchem ihm der Charakter einer Infektionskrankheit besonders ausgeprägt erscheint. Keller.

Williams. *Influenza in Children.* (Die Influenza bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 4. Juli 1903.)

Wachenheim (New-York)

Verstraete. *Tétanos aigu suivi de mort, ayant évolué après 36 heures d'incubation.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 16.)

Ein durch rapiden Verlauf und Fehlen des Trismus ausgezeichneter Fall von traumatischem Starrkrampf bei einem 16jährigen Jungen. Anschließend kurze Erörterungen über den Wert des Tetanusantitoxins, dessen Wirksamkeit nach Verf. auf die langsam verlaufenden Tetanusfälle beschränkt bleibt.

Brüning (Leipzig).

M. Méry. *Le traitement de la fièvre typhoïde.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 17.)

Im Anschluß an die klinische Vorstellung zweier Typhusfälle bei Kindern erörtert Méry die Therapie dieser Erkrankung im jugendlichen Alter. Die therapeutischen Eingriffe haben zunächst in Desinfektion sämtlicher, mit den Kranken in Berührung kommende Gebrauchsgegenstände und namentlich auch ihrer Dejektionen zu bestehen; Hautpflege durch häufige Bäder, eventuell mit Zusatz von 3 bis 5 g Naphthol, Mundspülungen mit Levölösung oder Wasserstoffsuperoxyd, Reinhaltung von Ohr und Nase mittels Mentholöl- oder Salizylvaselinetaupons sind dringend zu empfehlen. Innerlich können Betol, Benzonaphthol und Kalomel, vorsichtig angewendet, gegeben werden; außerdem kommen hohe, kalte Einläufe früh und abends und bei sehr profusen Durchfällen Bismut. subnit. zur Anwendung. Zur Herabsetzung des hohen Fiebers eignen sich neben innerlicher Darreichung von Natr. salicyl., Antipyrin, Thallin. sulfur., Chinin. sulfur. in erster Linie hydriatische Prozeduren in Form von lauen Bädern, Waschungen und Einwicklungen. Die Ernährung der typhuskranken Kinder sei eine mäßige und bestehe in flüssiger und nicht zu spät auch in konsistenterer Nahrung (Suppen, Eigelb, Fleisch). Ueber die neuerdings von Josias inaugurierte, anscheinend günstig wirkende Serumbehandlung des Typhus sind zunächst noch weitere Erfahrungen abzuwarten.

Brüning (Leipzig).

Churchill. *The Blood in the Typhoid of Children.* (Das Blut bei dem Typhus der Kinder.) (Boston Med. and Surg. Journ., 25. Juni 1903.)

Die Untersuchungen umfassen 47 Fälle, 2 bis 12 Jahre alt. Das Hämoglobin fiel allmählich auf 66 $\frac{0}{100}$, bei den Erythrozyten fand nur mäßige Reduktion statt. In Fällen ohne besondere Komplikationen (z. B. Pneumonie) war stets Leukopenie vorhanden; die multinukleären Zellen waren einer progressiven Abnahme unterworfen, die Lymphozyten nahmen stetig zu.

Verf. findet den diagnostischen Wert der Leukopenie dem der Widal-Probe fast gleich. Die Blutveränderungen beim Typhus der Kinder zeigen gegenüber dem der Erwachsenen keine Grundverschiedenheiten.

Wachenheim (New-York).

Richardière. *Les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.* (Revue d'obstétrique et de pédiatrie 1903.)

Verf. ist kein Anhänger der kalten Bäder. Er beginnt mit Bädern von 30° und geht nicht unter 22 bis 24° herunter. Er läßt nur baden, wenn das Fieber 39° übersteigt. Das Kind bleibt 10 Minuten im Bade und wird herausgenommen, sobald sich Frösteln einstellt. Als Kontraindikation betrachtet Richardière Darmblutungen, Peritonitis und Herzkollaps.

G. Carrière (Lille).

Dillingham. *Rubella. (Röteln.)* (Amer. Med., 15. August 1903.)

Verf. meint, daß die morbilliformen und skarlatiniformen Typen der Röteln nur Varietäten einer Krankheit darbieten. Auf die Differentialdiagnose von Masern, resp. Scharlachfieber wird umständlich eingegangen, Verf. gibt aber zu, daß dem geübtesten Praktiker bei der Diagnose: Masern oder Röteln, die Entscheidung gelegentlich fast unmöglich wird. Wachenheim (New-York).

Gilman. *Report of a Case of Aphasia as a Complication of Measles. (Aphasic im Anschluß an Masern.)* (Boston med. and Surg. Journ., 13. August 1903.)

Am siebenten Tage eines mittelschweren Anfalles von Masern bei einem neunjährigen Knaben trat plötzlich Aphasie auf. Besserung nach einigen Tagen, komplette Heilung erforderte 14 Tage.

Wachenheim (New-York).

Aubertin. *L'engourdissement des mains dans la scarlatine.* (Archiv. de médecine des enfants Nr. 4.)

P. Mayer hat bei Scharlachkranken neuerdings ein ziemlich konstantes Symptom beschrieben, welches in einem passageren Vertaubungsgefühl mit Parästhesien der Hände besteht. Es tritt zur Zeit der Eruption des Exanthems auf, dauert 1 bis 2 Tage und ist zuweilen so ausgeprägt, daß man von einer leichten Parese der Hände sprechen kann. Verf. bestätigt das häufige Vorkommen dieses Symptoms, das er oft, u. zw. am genauesten bei einem Scharlach beobachtet hat, den er selbst erworben hatte. Eine differential-diagnostische Bedeutung mißt er ihm aber nicht zu.

Steinitz (Breslau).

Hasenknopf—Salge. *Ueber Agglutination bei Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, Ergänzungsheft.)

Morphologische oder kulturelle Untersuchungen hatten keine Entscheidung darüber bringen können, ob die Streptokokken die Scharlacherreger seien oder ob ihnen nur die Rolle der Träger von Sekundärinfektionen zukomme. Die Verfasser beschritten daher den biologischen Weg, um diese strittige Frage zu klären. Ließen sich spezifische Vorgänge zwischen dem scharlachkranken Organismus und Scharlachstreptokokken auffinden, so war a priori den Streptokokken eine spezifische primäre Rolle zu vindizieren. Verff. wählten

als Prüfungsobjekt die Agglutination und fanden tatsächlich, daß die Streptokokken in ganz spezifischer Weise durch Serum von Scharlachkranken agglutiniert werden, daß andere Streptokokken durch das Scharlachkrankenserum nicht beeinflußt werden und andererseits auch Serumarten, stammend von anderen Streptokokken-erkrankungen, Scharlachstreptokokken nicht agglutinieren.

Trotzdem kommen die Verfasser merkwürdigerweise, u. zw. auf Grund verschiedener theoretischer und klinischer Betrachtungen zu dem Resultate, daß die Scharlachstreptokokken nicht als Erreger des Scharlachs zu betrachten seien. Vielmehr müßte man annehmen, daß die Streptokokken im Scharlachkranken nur einen geeigneten Nährboden fänden und sich durch Anpassung gewissermaßen spezifizierten.

Steinitz (Breslau).

Palier. *Scarlatinal Arthritis.* (*Die skarlatinöse Arthritis.*) (Amer. Med., 18. Juli 1903.)

Wachenheim (New-York).

McClanahan. *The Treatment of Scarlet Fever.* (*Die Behandlung des Scharlachfiebers.*) (Journ. Amer. Med. Assoc., 4. Juli 1903.)

Wachenheim (New-York).

Heubner. *Bemerkungen zur Kenntnis der Scharlach- und Diphtherienephritis.* (Charité-Annalen, Berlin 1903, S. 249.)

Verf. hat an je drei Fällen von unkompliziertem Scharlach und von Diphtherie nach einem besonders aufgebauten Verfahren, dessen Details im Original einzusehen sind, histologische Untersuchungen über die Nephritis angestellt. Die gefundenen Ursachen sind von besonderer Bedeutung für die Erkenntnis des Sitzes der Nierenerkrankung bei Scharlach und bei Diphtherie. Heubner fand bei der Scharlachnephritis eine schwere mit Nekrose einhergehende, vom Gefäßbaum und den Glomerulis ausgehende hämorrhagische Entzündung und sekundäre Degeneration der Epithelien. Der Mitteilung dieser Daten stellt Heubner Ueberlegungen voran, die dazu führen, festzustellen, daß infolge der geringen lichten Weite der Schleifenkanäle Zylinder und Epithelien, die sich im Urin finden, nur aus den Teilen des Kanalsystems der Niere stammen können, die unterhalb der Schleifen gelegen sind. Aus den oberhalb der Schleifen gelegenen Kanälen und aus den Glomeruli (dem primären Sitz der Scharlachnephritis) können nur Blutkörperchen durch die Schleife in den Urin gelangen. Dieses wird durch die klinische Beobachtung der Scharlachnephritis bestätigt.

Bei der Diphtherienephritis zeigten sich im Gegensatz zu den Befunden in der Scharlachniere Blutungen selten und dann nur in den geraden Kanälchen. Es fand sich dagegen eine primäre Degeneration der Nierenepithelien (Karyolyse, Nekrose und Fettinfiltration) bestimmter Abschnitte der Nierenkanälchen (Schleifenschenkel, tubuli contorti), während andere Abschnitte verschont blieben.

(Eine ausführliche Zusammenfassung der Resultate dieser Arbeit gibt der Verf. selbst in der Münchner med. Wochenschrift, 1903, Nr. 4. Ref.)

Weigert (Breslau).

Labbé. *Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphthérie de l'enfance.* (Thèse de Paris, 1903, 240 S.)

Eine außerordentlich eingehende und sorgfältige Studie über die physikalische und chemische Beschaffenheit des Urins bei Scharlach- und diphtheriekranken Kindern. Verf. glaubt, aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse über das seiner Meinung nach für die beiden Infektionskrankheiten spezifische Verhalten des Urins ziehen zu können:

1. Die Menge des Urins steht in enger Beziehung zur zugeführten Flüssigkeit. Jedoch drücken sowohl Scharlach wie Diphtherie dem Verhalten des Volumens ein charakteristisches Gepräge auf. In der ersten akuten Periode kommt es zu einem Volumensminimum, welches später einer gesteigerten Urinausfuhr Platz macht. Komplikationen und Fieber haben die Tendenz, die Urinmenge zu vermindern.

2. Das spezifische Gewicht schwankt in beiden Krankheiten zu sehr, um es zu Schlüssen verwerten zu können, im großen ganzen ist es anfangs größer, was bei der Diphtherie von der Oligurie abzuhängen scheint.

3. Die Azidität des Urins schwankt in demselben Sinne wie die Phosphorsäurewerte. Hyperazidität ist die Regel, besonders bei der Diphtherie. (Folge der Milchdiät?)

4. Die Harnstoffausscheidung geht parallel dem Volumen; die Temperatur scheint einen Einfluß auf sie nicht zu haben; Komplikationen vermindern sie.

5. Die Harnsäureausscheidung zeigt große Intensitätsschwankungen. Das Fieber beeinflußt sie nicht; dagegen vermehren Eiterungen und sonstige Komplikationen ihre Ausfuhr.

6. Die Indikan-, resp. Bilirubinausscheidung zeigt keine Besonderheiten. Dagegen ist die Diazoreaktion bei Diphtherie stets negativ, während sie bei Scharlach häufig positiv ist.

7. Albuminurie tritt sehr selten bei Skarlatina, bemerkenswerterweise aber ziemlich oft bei Diphtherie auf.

8. Die Kurve der Phosphorausscheidung nähert sich der des Volumens; infektiöse Komplikationen steigern die Phosphorwerte.

9. Die Chlorausscheidung ist in der akuten Periode eingeschränkt. (Fieber?) Im übrigen verläuft sie völlig abhängig von der Einfuhr. Zugeführtes Chlor bewirkt eine Diurese in jeder Krankheitsperiode.

10. Die Nierendurchlässigkeit für Methylenblau ist nur unwesentlich gegen die Norm verändert.

11. Das kryoskopische Verhalten des Urins mittelschwerer Scharlach- und Diphtheriekranker zeigt kein von der Norm wesentlich verschiedenes Verhalten. Nur bei einer brüsk einsetzenden Komplikation, bei intensiven Durchfällen oder Erbrechen, ferner bei geschwächten Patienten im Uebergangsstadium von der Milch- zur gemischten oder Fleischdiät ändert sich das kryoskopische Ver-

halten so, daß Labbé von einer Insuffizienz der Nierenfunktion, die aber ganz vorübergehend ist, zu sprechen geneigt ist.

Vergrößerung des Quotienten

$$\frac{\Delta}{2} = \frac{\text{Gefrierpunktserniedr. des Urins}}{\text{Gefrierpunktserniedr. des Urins} - \text{dem seiner Chloride.}}$$

Steinitz (Breslau).

Aubinière. *Contribution à l'étude de la Diphthérie prolongée.* (Thèse de Paris 1903, 94 S.)

Unter dem Begriffe Diphtherie prolongée war von Cadet de Gassicourt der Bestand der diphtherischen Lokalaffectio über einen Monat hinaus, von anderen Autoren das monate-, selbst jahrelange Fortvegetieren von Löffler-Bazillen auf den intakten Schleimhäuten von Gesunden oder ehemals Erkrankten verstanden worden. Aubinière, dessen Untersuchungen unter Barbiers Leitung entstanden sind, weist die Willkürlichkeit beider Definitionen nach. Er will von Diphtherie prolongée nur dann gesprochen wissen, wenn eine diphtherische Affectio sich refraktär gegen genügend große Mengen Heilserum verhält, gleichgültig ob sie nur wenige Tage nach der Injektion fortbesteht oder Wochen lang. Das Wesentliche ist das Ausbleiben der Heilwirkung des Serums. Verf. unterscheidet dem klinischen Verhalten nach drei Gruppen von Diphtherie prolongée:

1. Angine diphthéritique prol.

2. Croup prol.

3. Diphtherie prolongée caractérisée par l'atteinte de l'état général, je nachdem die Lokalaffectio oder der Allgemeinzustand durch das Heilserum unbeeinflusst bleibt.

Alle genannten Gruppen beschreibt er eingehend und illustriert sie durch zahlreiche selbst beobachtete oder in der (französischen) Literatur gesammelte Krankengeschichten. Steinitz (Breslau).

Shurley. *Prolonged intubation Tubes etc. (Tuben zur protrahierten Intubation etc.)* (Journ. Amer. Med. Assoc., 11. Juli 1903.)

Wachenheim (New-York).

Schablowski. *Die Veränderungen des Knorpels bei tuberkulöser Gelenkentzündung.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 762.)

Neben den verschiedensten regressiven Veränderungen des Knorpels kommen auch progressive vor, wenn auch nicht stets; er nimmt aktiv an der Bildung des Granulationsgewebes teil. Ein prinzipieller Unterschied zwischen den Knorpelveränderungen an den Gelenk- und an der Knochen Seite besteht nicht.

Schiller (Karlsruhe).

Michaelis. Max. *Zur Kasuistik der Cerebrospinalmeningitis.* (Charité-Annalen 1903, S. 1.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Geschichte und Aetiologie der Meningitis sowie über die Geschichte und Bedeutung

der Spinalpunktion berichtet Verf. über vier Fälle von Cerebrospinalmeningitis aus der v. Leyden'schen Klinik. Zweimal handelt es sich um tuberkulöse, einmal um Pneumokokkenmeningitis. Im vierten Falle fand sich der Meningococcus intracellularis Weichselbaum. Die Entstehung dieses Falles wird auf mehrfache Traumen des Patienten zurückgeführt. Weigert (Breslau).

Taylor. *Poliencephalomyelitis and allied Conditions.* (Die Poliencephalomyelitis und verwandte Zustände.) (Boston Med. and Surg. Journ. 11. Juni 1903.)

Verf. meint, daß es zweckmäßig wäre, aus der Poliencephalitis, Poliomyelitis, den verwandten Zuständen und Kombinationen, vielleicht auch der Landry'schen Paralyse und der Myasthenia gravis, eine Gruppe zu bilden, von welcher die genannten Erkrankungen bloß Varietäten bilden. Seine Anschauung stützt sich auf die anatomischen Befunde, außerdem sind bei allen die Beweise einer Entzündung toxischen, resp. infektiösen Ursprungs nicht zu übersehen. Wachenheim (New-York).

E. A. Weil. *Diagnostic et traitements physiques et mécaniques de la paralysie infantile.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 17.)

Die Diagnose und Behandlung der infantilen Lähmung hat im wesentlichen drei Stadien der Erkrankung zu unterscheiden, u. zw.:

1. das akute oder febrile Stadium;
2. das Stadium der ausgebildeten Erkrankung;
3. das Stadium der Difformitäten.

Nach eingehender Besprechung der für die einzelnen Stadien typischen diagnostischen Merkmale und genügender Berücksichtigung der Differentialdiagnose kommt Verf. zur Darlegung der in den einzelnen Stadien Erfolg versprechenden therapeutischen Maßnahmen. Diese haben in der fieberhaften Periode in 30° C. warmen Bädern zu bestehen. Erst im zweiten Stadium, jedoch möglichst frühzeitig, hat die elektrische Behandlung einzusetzen; dies ergibt, richtig und unverdrossen angewendet, in vielen Fällen gute Resultate. Die elektrotherapeutischen Maßnahmen sind mit Erfolg durch Massage, Waschungen mit alkoholischen Lösungen, Lichtbädern, Salz- und Schwefelbädern, aktiven und passiven Bewegungen nach Art der schwedischen Heilgymnastik, Kuren in Soolbädern (Kreuznach) zu unterstützen. In der dritten Periode der Krankheit feiert die Orthopädie (orthopädische Apparate, chirurgische Eingriffe in Form von Arthrodesen, Sehnendurchschneidung und -Ueberpflanzung) ihre Triumphe. Brüning (Leipzig).

J. K. Friedjung und A. F. Hecht. *Kasuistisches aus dem Jahresberichte der Wiener allgemeinen Poliklinik* (Kinderabteilung). (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 36, S. 1689.)

Apoplektiformer Insult eines sechsjährigen, früher stets gesunden, kräftigen Mädchens, der mit halbseitigen, sich in den nächsten Tagen wiederholenden Krämpfen einsetzt, zu einer spastischen Hemiparese der linken Seite, Sprach- und Intelligenzstörungen und am 7. Krankheitstage unter

terminalen Temperatursteigerungen zum Tode führt. — Obduktion: Hochgradige Hyperämie der Hirnrinde und Hirnödem, Hyperämie der Meningen und geringgradiger Hydrocephalus chron. internus. Akute Enteritis des Ileums mit starker Schwellung und Rötung der Plaques und Follikel. Trübe Schwellung des Herzmuskels, der Leber und Nieren. Große persistierende Thymus. Hyperplasie beider Tonsillen. Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Oberflächliche Blutungen beider Lungen.

Die Autoren diskutieren den eventuell ursächlichen Zusammenhang der zerebralen Kongestion mit dem nachgewiesenen und dazu disponierenden Status thymicus.

Unger (Wien).

M. Variot. *Forme fruste de paralysie pseudobulbaire chez un garçon de six ans.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 12.)

In der Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 14. Februar demonstrierte Variot einen 10jährigen Knaben, der als Säugling an Krämpfen gelitten hatte und bei dem sich seit dem sechsten Lebensmonate Erscheinungen linksseitiger Parese bemerkbar gemacht hatten. Der Knabe ist geistig anscheinend normal entwickelt; er spricht aber nur „Papa“ und „Mama“; zeitweise verschluckt er sich beim Essen; Mundspitzen ist unmöglich, das Kauen erschwert; es besteht andauernde Salivation; beim Gehen wird das linke Bein geschleift; der Patellarreflex ist links gesteigert; Bewegungen der Arme sind ungeschickt, besonders links, und gleichzeitig besteht eine mäßige Rigidität der zugehörigen Muskeln; die linke Wade ist etwas atrophisch. Sensibilitätsstörungen fehlen. Variot rechnet das im Kindesalter seltene Krankheitsbild zur Pseudobulbärparalyse.

Brüning (Leipzig).

L. Stolper. *Ein Beitrag zur Ätiologie der Entbindungslähmungen.*

Aus der I. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Wien. (Wiener med. Wochenschr., 1903, Nr. 32, S. 1525.)

Der Autor berichtet über zwei Fälle dieser als Duchenne'sche Lähmung bekannten Lähmungsform. Der erste Fall betraf das zweite Kind einer 23jährigen II-para, der zweite das Kind einer 21jährigen I-para. Beide Früchte lagen in Schädellage erster Position. Im ersten Falle wurde die Lähmung durch Zerrung des fünften und sechsten Cervikalis infolge starken Zuges bei Entwicklung der Schultern erzeugt, im zweiten handelte es sich um eine Plexusverletzung durch die frakturierten Knochenenden des Humerus.

Unger (Wien).

O. Heubner. *Ueber die Barloesche Krankheit.* (Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft vom 11. März 1903.) (Berl. klin. Wochenschrift 1903, Nr. 13.)

Verf. betont, daß seine Ausführungen nicht für die engeren Fachgenossen, denen sie nichts wesentlich Neues bringen, bestimmt sind, sondern für die allgemeinen Praktiker, denen die Erkrankung zumeist noch wenig vertraut ist. Mit Rücksicht auf die noch neuerdings viel diskutierte Frage, in welchem Verhältnis die Barloesche Krankheit zur Rachitis und zum Skorbut steht, ist Heubners Stellung, dessen persönliche Erfahrung sich auf über

80 Fälle erstreckt, von Interesse. Die anatomische Betrachtung der durch die Barlow'sche Krankheit gesetzten Störungen und die klinische Erfahrung lehrten, daß es sich hier um etwas völlig anderes als Rachitis handelt. Die klinischen Symptome stimmen vielfach mit denen des Skorbut überein, doch sind auch starke Unterschiede vorhanden. In der Aetiologie der Barlow'schen Krankheit spielt nicht nur die „Sterilisierung“, sondern auch das Abkochen der Nahrung eine Rolle.

Eine sehr lebhaft diskutierte Diskussion schloß sich an den Vortrag.

Keller.

Breton. *Un cas de maladie de Barlow.* (Bulletins de la société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 6, S. 202.)

Weigert (Breslau).

E. Föllinger. *Zur Kasuistik des Spasmus nutans.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Unter kurzer Schilderung dreier Fälle dieser meist im Kindesalter vorkommenden Erkrankung aus der medizinischen Poliklinik zu Leipzig gibt Verfasserin einen Überblick über die Theorien der in Rede stehenden Affektion, namentlich über ihren Zusammenhang mit Dentition, Rachitis etc.; hieran anschließend folgen kurze Erörterungen über Prognose und Therapie. Im übrigen bietet die Arbeit nichts besonderes.

Brüning (Leipzig).

Variot. *Cyanose congénitale intermittente. Numération globulaire.* (Bulletins de la société de pédiatrie de Paris 1903, Nr. 6, S. 203.)

Bei einem Säugling mit angeborenem Vitium cordis mit häufigen spontan und nach minimalen Irritationen auftretenden Anfällen von Cyanose ließ Variot Zählungen der roten Blutkörperchen vornehmen. Es wurden im Stadium der Cyanose 6,220.000 gegen 3,960.000 Erythrocyten im Intervall gefunden.

Weigert (Breslau).

Greene. *Congenital inspiratory stridor. (Kongenitaler Inspirationsstridor.)* (Boston Med. and Surg. Journ., 11. Juni 1903.)

Bei der Aufzählung der verschiedenen Theorien lehnt sich Verf. derjenigen an, welche die Ursache in einer Schlaffheit der Larynxligamente, mit abnormer Näherung der ary-epiglottischen Falten erblickt. Man achte auf die Differentialdiagnose von Laryngismus stridulus, Asthma thymicum, resp. Kompressionsasthma anderer Provenienz, Adenoiden. Therapie prophylaktisch und robrierend, Tubage, resp. Tracheotomie möchten ausnahmsweise angezeigt werden.

Wachenheim (New-York).

Tormey. *Deux cas d'estridor congenital laryngéen.* (La semana medica de Buenos-Aires, 18. Juni 1903.)

Von den zwei mitgeteilten Fällen ist der zuerst geschilderte mehr beweisend. Es handelt sich um ein 22 Monate altes Kind

von sonst guter Gesundheit. Die Krankheit begann bereits in der ersten Lebenswoche, verschwand dann fast vollständig, bis das Kind im Alter von 3 Monaten an Keuchhusten erkrankte, wodurch der Stridor wieder an Intensität zunahm. Status praesens: Wohlgebildetes Kind mit eigenartigem Atmungstypus. Die Inspiration, und nur diese, ist geräuschvoll, die Expiration ruhig. Das Geräusch beginnt in höherer Tonlage ohne musikalischen Beiklang, endet aber mit einem hellen musikalischen Ton. Während des Schlafes ist die Atmung ruhig, wird aber geräuschvoll, sobald das Kind schreit oder sich aufregt. Die Stimme ist klar, es besteht keine Cyanose, das Geräusch wird durch die Lage des Kindes nicht beeinflusst, am Halse ist keine Erweiterung der Venen nachweisbar. Mund, Nasenhöhle, Kehlkopf, Thorax und alle anderen Organe sind vollständig normal. Es entspricht der Fall vollständig dem Bilde, welches Southerland als Stridor congenitus beschrieben hat.

Figureira (Rio de Janeiro).

Silberstein. *Ein Beitrag zur Lehre von den fötalen Knochen-erkrankungen.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 863.)

Genauere, auch mikroskopische Beschreibung mit Abbildungen eines Falles bei einem fünfwöchentlichen, erst nach $4\frac{1}{2}$ Monaten zur anatomischen Untersuchung gelangten Knaben, dessen Knochen-erkrankung Verf. für eine echte fötale Rachitis, nur stellenweise in Kombination mit Chondrodystrophia foetalis hält.

Genaueres im Original.

Schiller (Karlsruhe).

Kamann. *Zwei Fälle von Thoracopagus tetrabrachius.* (Archiv für Gynaekologie, Bd. 68, Heft 3.)

Eingehende Beschreibung der im wesentlichen gleiche Verhältnisse bietenden Mißgeburten.

Hohlfeld (Leipzig).

Arnheim. *Persistenz des Ductus Botalli.* (Berliner klin. Wochenschrift 1903, Nr. 27.)

Krankengeschichte eines dreijährigen Knaben und Radiogramm. (Demonstration in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 29. April 1903.)

Keller.

Haymann. *Amniogene und erbliche Hasenscharten.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 1033.)

Im Anschluß an einen sehr interessanten Fall von Hasenscharte mit anderweitigen Bildungsfehlern und amniotischen Abschnürungen untersucht Verf. in seiner sehr fleißigen Arbeit, unter Zugrundelegung eines großen Materials aus der Literatur die Frage, ob die Lippenkiefergaumenspalte amniogen, d. h. traumatisch, durch amniotische Abschnürung, erklärbar ist, oder ob sie nicht vielmehr eine primäre Hemmungsmißbildung, die sich durch Generationen hindurch vererbt, darstellt. Er entscheidet sich in sehr scharfsinniger und überzeugender Beweisführung für das letztere.

Schiller (Karlsruhe).

Amberg. *Sublingual Growth in infants. (Sublinguale Geschwulst bei Säuglingen.)* (Amer. Journ. Med. Sciences, August 1903.)

Verf. beschreibt folgenden Befund bei einem Knaben von sieben Monaten aus amerikanischer Familie. Am Frenulum Linguae saß ein scheibenförmiger Tumor von 1 bis 1.5 cm Breite und zirka 5 mm Dicke ohne Zusammenhang mit der Zunge selbst. Die Oberfläche der Geschwulst war grauweiß, mit rotem Rand, gegen das Zentrum etwas vertieft und schorfig. Der Tumor bestand schon vier Wochen, der Beginn fiel mit dem Ausbruch der mittleren unteren Schneidezähne zusammen. Keuchhusten war nicht vorhanden; keine hereditäre Belastung. Leichte Entfernung der Masse mit der Schere. Patient seitdem nicht wieder gesehen.

Es ist dies der erste in Amerika beschriebene Fall dieser Erkrankung, fast alle früheren stammen aus Italien. Diese Fälle, zuerst von Pandolfi und Riga mitgeteilt, betrafen gemeiniglich schlecht genährte Kinder, in dem vorliegenden Falle war der Säugling sonst gesund. Nach den pathologisch-anatomischen Untersuchungen scheint die Geschwulst entzündlicher Natur und durch den mechanischen Reiz des Unterkieferrandes, resp. der Zähne verursacht zu sein. Sie stimmt demnach in dieser Beziehung ziemlich mit den Frenulumgeschwüren bei Pertussis überein, der Verlauf ist jedoch von diesen recht verschieden. Heilung manchmal spontan, Entfernung leicht mit der Schere auszuführen.

Wachenheim (New-York).

Urban. *Hemorrhage following Tonsillotomy. (Blutung nach Tonsillotomie.)* (Amer. Med., 4. Juli 1903.)

Der Fall kam erst ziemliche Zeit nach der Operation (mit Guillotine) zur Beobachtung; hochgradigste Anämie; Blutstillung mit dem Thermokauter hatte prompten Erfolg.

Wachenheim (New-York).

Michael Kos. *Erworbenes Ankyloblepharon infolge akuten Trachoms.* (Wiener med. Wochenschr., Nr. 34, 1903, S. 1614.)

Der Fall betrifft ein sonst gesundes, normal entwickeltes und einer augengesunden Familie angehörendes 10jähriges Mädchen, bei dem es in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von vier Monaten zur Infektion mit Trachom, zur Vernarbung der Bindehaut und zu einer so weit fortgeschrittenen Verwachsung der temporalen Lidrandteile führte, daß zwei Fünftel der Lidränder derselben anheimgliederten.

Heilung durch operative Durchtrennung der abnormen Membran zwischen den Lidrändern bis zur äußeren Kommissur und Nahtvereinigung der Bindehaut mit der Lidhaut. Unger (Wien).

Morse. *Otitis media in Infancy. (Mittelohrentzündung im Säuglingsalter.)* (Journ. Amer. Med. Assoc., 18. Juli 1903.)

Subjektive Symptome können fehlen oder vieldeutig sein. Der Ohrenspiegel gibt die einzig zuverlässige Auskunft, das Erlernen seines Gebrauches sei dem Kinderarzte unerlässlich.

Wachenheim (New-York).

Dr. König. *Ohrenuntersuchungen in der Dorfschule.* (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren- etc. Krankheiten. Herausgegeben von Dr. G. Heermann, Bd. VII, Heft 3.)

Untersuchungen von 787 Schulkindern aus den Dörfern der Magdeburger Gegend, die sich sozial in einer viel besseren Lage befanden als die von Ostmann untersuchten Dörfer des Kreises Marburg. Von den untersuchten Kindern hatten nur $\frac{2}{5}$ beiderseits normale Hörschärfe (bei Ostmann $28\frac{0}{100}$. D. Ref.). Die Schwerhörigkeit war in $9\frac{0}{100}$ der Fälle durch Eiterung — meist nach Scharlach — in zirka $17\frac{0}{100}$ durch vergrößerte Rachenmandeln, in zirka $60\frac{0}{100}$ durch katarrhalische Leiden der Ohrtrumpete und des Mittelohres bedingt. (Letzteres auch bei Ostmann der häufigste Grund der Schwerhörigkeit. D. Ref.) Zirka $15\frac{0}{100}$ der untersuchten 404 Knaben würden wegen des Ohrenleidens nicht im stehenden Heere dienen können. Angaben über die Zu- und Abnahme der Hörfähigkeit in den entsprechenden Lebensaltern wie bei Ostmann fehlen. (S. Referat dieser Zeitschrift 1902, Bd. I, Nr. 6, S. 465.) Die bedeutend höhere Zahl von Schwerhörigen, die nur mit den Zahlen Ostmanns aus den elendesten Dörfern des Marburger-Kreises zu vergleichen sind, erklärt sich vielleicht zum Teil aus den viel höheren Ansprüchen des Verf. So nennt er 8 m Flüstersprache $\frac{1}{3}$ Hörfähigkeit. Doch glaubt er durch Befragung der Schüler nachgewiesen zu haben, daß Schulkinder mit nur $\frac{1}{3}$ der normalen Hörschärfe dem Unterrichte nicht immer genügend folgen können, wobei zu berücksichtigen ist, daß der Lehrer oft nicht laut und deutlich genug spricht und in einer Klasse von 80 Kindern keine absolute Ruhe möglich ist. Immerhin ist der Nachweis gelungen, daß die erste Hälfte der Klasse bedeutend besser hört als die zweite und z. B. auch das erste Drittel einer Klasse $2\frac{1}{4}$ mal so gut hörte als das letzte Drittel. Nur $2\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ der Schwerhörigen hatte Kenntnis von ihrem Leiden. Die Wichtigkeit des Schularztes dürfte auch damit dargetan sein.

Göppert (Kattowitz).

Springer. *Schädelnekrose durch Verbanddruck.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 69, S. 391.)

Bei einem 13 Monate alten ganz gesunden Mädchen wurde ein Hämangiom der Haut über dem rechten Scheitelhöcker exziiert und eine Mitra, mit Stärkebinden befestigt, darüber gelegt. Am Tage nach der Operation setzte eine starke akute Enteritis ein. Am nächsten Tage zeigte sich die Wunde reaktionslos und wurde wieder mit einem Stärkebindenverband bedeckt, aber drei Tage später zeigte sich eine ausgedehnte, trockene Nekrose der Haut, Knochenhaut und zum Teil des Knochens, genau entsprechend der Stirntour der Mitra.

Im weiteren Verlauf kam es zur Abstoßung der nekrotischen Partien, die sich übrigens mit Ausnahme einer kreuzergroßen Stelle der Hinterhauptschuppe, wo die ganze Schädeldecke bis zur Dura sich abstieß, auf Galea und Lamina ext. beschränkte. Durch Transplantationen von der Haut der Mutter gelang es schließlich den Defekt zu decken mit relativ geringer Entstellung.

Das Hauptmoment für die Entstehung der Nekrose sieht Verf. neben dem Stärkebindendruck in der schweren Ernährungsstörung durch die Enteritis.
Schiller (Karlsruhe).

Alexandro Zavola. *Osteomyelite de la croissance et son traitement.* (Thèse de doctorat, Buenos-Aires 1903, 84 pag.)

Figueira (Rio de Janeiro).

Miguel Sussini. *La transplantation des tendons.* (Thèse de doctorat, Buenos-Aires 1903, 109 pag.)

Figueira (Rio de Janeiro).

Fermin Errea. *Traitement de la luxation congenitale de la hanche.* (Thèse de doctorat, Buenos-Aires 1903, 77 pag.)

Figueira (Rio de Janeiro).

Rebentisch. *Ein Fall von Entzündung eines Meckelschen Divertikels und Ileus. Viermalige Laparotomie.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 1015.)

Fünffähriger Knabe erkrankt nach Diätfehler an Darmokklusion mit peritonitischen Erscheinungen. Oberhalb des Nabels lebhaft Peristaltik stark geblähter Darmschlingen, unten rechts vom Nabel faustgroße rundliche Resistenz. Die Laparotomie zeigt das Bestehen eines intraperitonealen Abszesses zwischen den Darmschlingen, der wegen eines Kollapses des Patienten ohne Entfernung und Klarlegung seiner Ursache durch Tamponade behandelt wird. Wurmfortsatz war völlig frei. Nach acht Tagen wieder Darmokklusion, durch Anus praeternaturalis am Dünndarm behoben. Späterhin wegen schwerer Ernährungsstörungen und Reizekzem der Umgebung, Ausschaltung der Schlinge des Anus praeternaturalis, der vorher provisorisch verschlossen wurde, durch quere Durchtrennung des Dünndarmes oberhalb, Verschluss des unteren Abschnittes und Einpflanzung des oberen mittels Murphyknopfs ins Colon transversum.

Nach zwei Monaten dritte Laparotomie, durch die eine Stenose des unterhalb der Anus praeternaturalis = Schlinge liegenden Dünndarmabschnittes, verursacht durch den narbigen Zug eines entzündeten und mit einem anderen Dünndarmteil verwachsenen Diverticulum Meckeli festgestellt wird. Deshalb Resektion des Dünndarmabschnittes mit der Fistel und der Stenose, Zirkulärnaht und außerdem seitliche Anastomose des blinden Endes des ausgeschalteten Darmes mit dem zur Ileokoloanastomose verwandten Dünndarm. Heilung per l. Das entfernte Meckelsche Divertikel bestand aus zwei mit glasigem Schleim gefüllten Hohlräumen, die durch Narbenmassen miteinander verbunden sind.

Neun Monate später kam der Knabe nach akuter Gastroenteritis mit einem Strangulationsileus wieder in Behandlung. Bei der vierten Laparotomie wird der schnürende Strang durchtrennt, der dabei einreißende Darm in Ausdehnung von 8 cm reseziert, endständig vereinigt und zweihandbreit oberhalb durch Inzision gründlich entleert. Keine Drainage. Heilung per primam. Bei der vierten Laparotomie fanden sich mit Ausnahme einer Adhäsion keine Residuen der früheren Zustände am Bauchfell. Der Fall ist der elfte seiner Art in der Literatur.

Schiller (Karlsruhe).

Kelley. *Pseudohydronephrosis.* (Pseudohydronephrose.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 27. Juni 1903.)

Unter diesem Namen bezeichnet Verf. eine paranephritische Cyste, die bei einem Knaben von $4\frac{1}{2}$ Jahren erfolgreich operiert wurde.
Wachenheim (New-York).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

G. Papavassilion. *Statistique de l'hospice municipal d'Athènes, 1836 bis 1902.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 16.)

Ohne auf die beigelegten Tabellen näher einzugehen, sei nur hervorgehoben, daß von 15.085 aufgenommenen Kindern 10.342, d. h. 68·55% gestorben sind. Einzelheiten im Original.

Brüning (Leipzig).

Hopfengärtner. *Die jetzige Einrichtung der Kinderklinik.* (Charité-Annalen, Berlin 1903, S. 266.)

Verf. berichtet über die Einrichtung der bis zur Fertigstellung des Neubaus der Berliner Kinderklinik provisorisch benützten Räume. Der Bericht beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Frage der Zweckmäßigkeit von Isolerräumen, die nach dem Vorbilde von Grancher eingerichtet wurden. Es sind dies Verschläge aus Glaswänden, die nicht bis zur Decke reichen (und die für je ein Bett eingerichtet sind). In diese sogenannten Boxen kommen Kinder mit Schnupfen, Stomatitis, Angina, Bronchitis, Pneumonie, ansteckenden Hautkrankheiten, mit schlechten Stühlen und 20 Tage lang nach der Aufnahme solche Kinder, die noch keine Masern gehabt haben. Den Pflegedienst über 12 Boxen haben am Tage zwei, in der Nacht eine Schwester. Beim Betreten jedes dieser Isolerräume müssen Arzt und Schwester in der Boxe befindliche Mäntel überziehen, beim Verlassen erfolgt eine peinliche Desinfektion. Die Räume selbst werden täglich und besonders beim Krankenwechsel gründlich desinfiziert. Trotzdem die Räume zur Zeit dieser Publikation erst neun Monate benützt werden, versucht Verf. schon jetzt aus dem Vergleich mit den gleichen Monaten des Vorjahres Schlüsse zu ziehen, die die Vorteile dieses Systems demonstrieren sollen. Die vorgelegten Zahlen zeigen tatsächlich einen Rückgang der Mortalität, vor allem aber eine starke Verminderung, fast sogar ein Aufhören der sogenannten Hausinfektionen. Es bleibt abzuwarten, ob die Verhältnisse sich weiterhin so günstig gestalten und ob sich nicht andere Gründe für die günstige Aenderung der zitierten statistischen Belege herausstellen werden, da auch an anderen Instituten — wenigstens bezüglich der Hausinfektionen — gleich gute Erfahrungen ohne das komplizierte System der Boxen gemacht worden sind.

Weigert (Breslau).

Bresset. *Le dispensaire gratuit de la caisse des écoles du VII^e arrondissement.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 15.)

Nach kurzen, einleitenden Erörterungen über den Zweck des „Dispensaire“ und Betrachtungen über den Betrieb der Anstalt von 1898 bis 1902 ergibt sich aus den statistischen Tabellen, daß jährlich etwa 1457 Kinder, von denen ein Drittel Säuglinge waren, behandelt

worden sind. Dies erforderte einen jährlichen Kostenaufwand von rund 8000 Franken, d. h. von 5·66 Franken pro Kind. Während des fünfjährigen Bestehens der Anstalt wurden 128.704 l sterilisierte Milch an 373 Säuglinge verabreicht. Die Säuglingssterblichkeit betrug 7·3 ‰.

Brüning (Leipzig).

Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten u. s. w.) im Jahre 1901. (Berlin 1903, Druck von M. Lichtwitz, Hausvoigteiplatz.)

Der Bericht der Zentralstelle der Vereinigungen für Sommerpflege in Deutschland (Berlin N, Auguststraße 91) gibt im großen und ganzen, ohne auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, eine Uebersicht über den Umfang der Sommerpflege und die Beteiligung der einzelnen Städte und Vereine.

1901 wurden verpflegt:

In geschlossenen Kolonien:

a) in Vereinspflegehäusern	6835 Kinder
b) in fremden Häusern	8810 „

In Familien auf dem Lande:

a) gegen Bezahlung	2260 „
b) in Freiquartieren	409 „

In Heilstätten:

a) der Soolbäder	4355 „
b) der Seebäder	2070 „

In Stadtkolonien

10.857 „

35.596 Kinder.

Für die Verpflegung dieser Kinder wurden Mk. 1,040.381 verausgabt. Wenn die Tabellen am Schlusse des Heftes, welche detaillierte Angaben über die Tätigkeit der einzelnen Vereine, die Zahl der verpflegten Kinder, die Art der Sommerpflege und vor allem über die Ausgaben pro Kind und Tag enthalten, einigermaßen der Wirklichkeit entsprechen, wäre das Material sehr wertvoll.

Keller.

Wolf Becker. *Ueber Walderholungsstätten für kranke Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen.* (Mitteilungen über Erholungsstätten, Heft 1, Berlin 1903. Verlag von August Hirschwald.)

Von einer Sonderabteilung des Volksheilstätten-Vereins vom Roten Kreuz sind seit 1900 in der Umgebung Berlins vier Walderholungsstätten für Erwachsene errichtet worden, am 25. Mai 1902 wurde die erste Kindererholungsstätte vom Roten Kreuz eröffnet, welche in Schönholz vom Mittelpunkte der Stadt Berlin $6\frac{1}{2}$ km in der Luftlinie entfernt liegt und durch Straßenbahn und Stadtbahn leicht zu erreichen ist. Auf dem $\frac{3}{4}$ ha großen Gelände, inmitten des Forstes, befindet sich eine Döckersche Baracke, welche Küche, Vorratsräume, einen Bureau- und Untersuchungsraum, ein Schwesternzimmer und ein Brausebad enthält. Daneben ein verdeckter Verschlag zum Geschirrwaschen und ein zweiter, in welchem

Waschgeschirre für die Pfleglinge aufgestellt sind; dazu kommt eine große Halle, als Obdach für die Kinder bei schlechtem Wetter.

Die Kinder werden in den Erholungsstätten, die täglich von 8 Uhr morgens bis 7 Uhr abends offen stehen, mit Frühstück, Mittagessen und Abendbrot sowie mit Milch versorgt und durch Kindergärtnerinnen beschäftigt und beaufsichtigt. Der Pflegesatz beträgt 50 Pfennig pro Tag und wird für weniger Bemittelte auf 30 Pfennig ermäßigt. Die Armendirektion überweist auf eigene Kosten Pfleglinge; auch schickte die Kinderklinik in der Charité vier Pfleglinge in die Erholungsstätte. Die Kinder werden zeitweise mit Schularbeiten beschäftigt, und geht das Bestreben dahin, daß in der Erholungsstätte von vollwertigen Lehrkräften ein etwa zweistündiger täglicher Unterricht erteilt wird. (Schulsanatorium.)

Aufnahme finden Kinder im schulpflichtigen Alter, die der Erholung bedürfen, sofern sie frei sind von ansteckenden Krankheiten. Die Kindererholungsstätte hat ihr Augenmerk an erster Stelle auf diejenigen Kinder gerichtet, welchen die Ferienkolonienpflege nicht gewährt werden kann, weil sie wegen der Art oder des Grades ihrer Leiden eine längere Reise nach einem anderen Orte nicht unternehmen können oder deswegen einer dauernden ärztlichen Überwachung bedürfen. Die Erholungsstätte füllt eine Lücke in der Fürsorge für kranke Kinder aus, sie tritt da ein, wo die Ferienkolonie versagt, und ergänzt als Tagessanatorium die Tätigkeit der Kinderkrankenhäuser. Wenn Verf. behauptet, „daß die Schwere der Erkrankung im einzelnen kein Grund ist, ein Kind von der Erholungsstättenpflege auszuschließen, vorausgesetzt, daß es imstande ist, den täglichen Transport zwischen der Wohnung und der Erholungsstätte zu ertragen“, so dürfte dieser Satz wohl einer Einschränkung bedürfen. (Der Arzt besucht die Stätte täglich einmal.) Die richtigen Grundsätze für die Auslese des geeigneten Materials werden sich aus den weiteren praktischen Erfahrungen von selbst ergeben. Bezüglich der Einzelheiten des ärztlichen Berichtes sei auf das Original verwiesen.

Keller.

Dieudonné Delmas. *La tuberculose infantile médicale et les sanatoria maritimes.* (Thèse de Montpellier, 1903, Imprim. Serre et Roumégous.)

Ohne irgend etwas neues, ohne einen eigenen Gedanken zu bringen, bespricht Verf. kurz die verschiedenen Formen der Tuberkulose beim Kinde und schließt daran einige ganz allgemein gehaltene Erörterungen über Seehospize, an welchen (Erörterungen) die Tabelle der französischen Hospize (Seite 89) mit Bettenzahl das beste ist. Er entnimmt dem Werke von Leroux die Beschreibung des Hospizes in Banyuls-sur-mer und der Monographie von Lalesque einige Krankengeschichten.

Keller.

Arthur Keller. *Ueber Isolierung der an Infektionskrankheiten leidenden Kindern in der Praxis.* (Die Krankenpfl., II. Jahrg., 1902 bis 1903, Nr. 11, S. 992.)

Auf Grund der Erfahrungen, welche Verfasser in Wyk auf Föhr gemacht hat, weist er auf die Notwendigkeit hin, daß in den Kurorten alle Bestimmungen betreffs Verhütung von Infektionskrankheiten mit größter Strenge gehandhabt werden und daß unter allen Umständen ausreichende Gelegenheit zur Isolierung Infektionskranker geschaffen wird.

Besondere Schutzmaßregeln erfordert der Dienst in Kinderheilstätten: es ist notwendig, daß die Anstalten nur soweit belegt werden, als den billigen Anforderungen der Hygiene entspricht, daß jederzeit noch so viel Raum vorhanden ist, um eine Abtrennung einzelner Kinder oder der Kinder eines Schlafsaales von den übrigen ohne Schwierigkeit zu ermöglichen, daß ferner Pflege- und Wartepersonal in genügender Anzahl vorhanden ist und daß schließlich durch besondere Infektionsabteilungen die Möglichkeit einer vollständigen Isolierung der Infektionskranken geboten wird.

Autoreferat.

Uebersicht der ungarischen pädiatrischen Literatur.

Gyermekorvos (Kinderarzt). Beilage des Budapesti Orvosi Újság.
Redigiert von Dr. Julius Grósz. Nummer 2. 25. Juni 1903.

Julius Grósz. *Alkoholismusból eredő hepatitis interstitialis. A hasvízkezelés sebészeti kezelése. Gyógyulás. (Durch Alkoholismus entstandene interstitielle Hepatitis. Chirurgische Behandlung des Hydrops. Heilung.)*

Es ist dies der fünfte Fall von Lebercirrhose, welcher während sechs Jahren im Adele Bródy-Kinderspitale beobachtet wurde. Vier derselben wurden ambulant behandelt und deren weiteres Schicksal ist unbekannt. Der letzte Fall stand vier Jahre hindurch in Behandlung. Als ätiologisches Moment ist chronischer Alkoholismus anzunehmen, da der 6jährige Knabe seit einem Jahre täglich 1 bis 2 Gläser Schnaps zu trinken bekam. Aufnahme am 10. Dezember 1899 in das Adele Bródy-Kinderspital und da bei interner diuretischer Behandlung die Stauungssymptome sich stets erneuern, wird am 6. März 1900 die Operation nach Talma vom Dozenten Alapy vollzogen. Schleichsche Anästhesie, Entleerung von 6 Liter Aszitesflüssigkeit und Einnähung des Omentum in die Bauchwand. Nach einem Monate beginnt sich die Bauchhöhle wieder zu füllen, im Juli wegen Dyspnoe Laparotomie und Entfernung von 4 Liter Flüssigkeit. Wegen erneutem Auftreten des Hydrops im September Laparotomie und Fixation der Leberkapsel an das Peritoneum mit 12 Seidennähten (Operation nach Turner). Kein dauerndes Resultat, deshalb wiederholte Punktionen und noch zweimal kleinere Bauchschnitte. Danach vollkommenes Schwinden des Aszites, selbst nach zwei Jahren keine Rezidive. Die endgültige

Heilung wird den zwei radikalen Eingriffen nach Talma und Turner zugeschrieben, welche kollaterale Venenbahnen auf künstlichem Wege hergestellt haben dürften. Es ist dies der dritte Fall von Talmascher Operation aus der ungarischen Literatur.

Samuel Beck. *A csecsemő- és gyermekkori arczekezőmók kezeléséről.*
(*Ueber die Behandlung des Gesichtsekzems bei Säuglingen und Kindern.*)

Die Schwierigkeit der Behandlung wird erhöht durch mangelhafte hygienische und Reinlichkeitsverhältnisse bei den ärmeren Klassen, auch durch den vielverbreiteten falschen Glauben, daß Wasser bei Ekzem schädlich sei, obgleich Wasser und wässrige Lösungen bei gewissen, besonders impetiginösen Formen direkt heilwirkend sind. Zur Ablösung der Krusten wird Seifenwasser, eventuell nach vorheriger Aufweichung derselben mit Salizylöl oder Kataplasmen, empfohlen. Dann werden die erkrankten Hautstellen zweimal täglich mit Zink-, Borzink-Naphtalanzink oder Ichthyolzinksalbe bedeckt. Bei Gesichtsekzem ist oft die Anwendung von Xeroformpaste rasch wirksam. Bei starkem Jucken soll zur Salbe 1 bis 2% Salizylsäure hinzugefügt werden. Impetiginöse Formen werden erst 3 bis 5 Tage lang mit Umschlägen behandelt, dann kann man meistens schon zur Salbenbehandlung übergehen. Neben der lokalen Therapie beanspruchen besonders chronische Fälle die Allgemeinbehandlung der oft vorhandenen Skrophulose, der Anämie oder Rachitis. Ein großes Kontingent der Ekzematösen liefert die unzweckmäßige Ueberernährung sowie die lange bestehenden Verdauungsstörungen.

David Kelemen. *Bacelli eljárással kezelt májechinococcus gócgült esete.* (Mit Bacellischem Verfahren geheimer Fall von Leberechinokokkus.)

Das 6jährige Mädchen wurde am 30. Juni 1900 in das Adele Bródy-Kinderspital aufgenommen. Die mit der Leber zusammenhängende Zyste reicht bis zur Nabelhöhe. Nach dem von Garré modifizierten Bacellischen Verfahren wird die ganze Flüssigkeitsmenge (400 cm³) mittels Troikarts aus der Zyste entleert und in die Höhle 20 cm³ einer 1⁰/₁₀₀igen Sublimatlösung eingespritzt. Trotzdem füllt sich die Geschwulst allmählich binnen drei Wochen, bis sie die vorige Größe erreicht, worauf bei der erneuten Punktion nunmehr bloß 30 cm³ Flüssigkeit entleert und an deren Stelle 20 cm³ Sublimatlösung eingespritzt werden. Wegen langsam fortschreitender Besserung wird das Bacellische Verfahren noch zweimal nach je dreiwöchentlichen Intervallen wiederholt. Danach tritt vollkommene Heilung ein, welche selbst nach drei Jahren eine bleibende ist. Die Garrésche Modifikation des Bacellischen Verfahrens war bei dem Falle nicht wirksam, es scheint, daß die Sublimatlösung in die ganz entleerte Zyste nicht überallhin eindrang und dadurch den Parasiten nicht zum Absterben brachte, was Bacellis Verfahren bewerkstelligte.

Oedön Fodor. *Az 1902 ben kezelt diphtheria esetek rövid áttekintése. (Übersicht der im Jahre 1902 im Adele Bródy-Kinderspitale behandelten Diphtheriefälle.)*

Von sämtlichen 187 Fällen starben 22, davon waren 64 mit Larynxkrupp kompliziert, darunter starben 12 und von 32 reinen Kruppfällen 6. Schutzimpfungen bei Familienmitgliedern der Kranken wurden 253 mal gemacht, stets mit vollem Erfolge, die Geimpften blieben alle von Diphtherie verschont. 36 Kinder wurden intubiert, von diesen starben 17. Die sekundäre Tracheotomie wurde fünfmal vollzogen, von diesen gingen 2 Fälle in Heilung über.

Gyermek-gyógyászat. Redigiert von Prof. Dr. Johann v. Bókay. 1903, Nr. 3.

Johann v. Bókay. *Közlemények az intubációs gyakorlatból. Újabb adatok a gégebeli dekubitusok helyi kezeléséhez. (Mitteilungen aus der Intubationspraxis. Neue Beiträge zur örtlichen Behandlung der laryngealen Druckgeschwüre.)*

Der Artikel bezweckt, die Indikation des sekundären Luftröhrenschnittes zwischen die engsten Grenzen zu weisen. Statt derselben möge in jedem Falle, wo der durch klinische Symptome begründete Verdacht des Vorhandenseins von Druckgeschwüren im Kehlkopfe vorliegt, stets erst die vom Autor empfohlene und erprobte Methode der örtlichen Behandlung versucht werden. Bereits O' Dwyer empfahl das Verfahren im Jahre 1897, versuchte es jedoch bloß bei einem Falle von Dekubitus. Er nahm die mit schmalerem Halsteile und breiterem Bauche versehenen Bronzetuben und umwickelte sie mit einer Schichte Gelatine, in die er gepulverten Alaun preßte. Der derartig hergestellte „Heiltubus“ wird drei Tage lang im Kehlkopfe gelassen und im Notfalle wiederholt eingeführt. Bei einem ansehnlichen Teile der Fälle genügt eine einmalige Anwendung des Heiltubus, um die endgültige Detubation ausführen zu können, wodurch die sonst unvermeidliche sekundäre Tracheotomie vermieden werden kann. 16 Fälle von Bókay bewiesen die Nützlichkeit dieses Verfahrens, da die Druckgeschwüre nach 52 $\frac{1}{2}$ —317 Stunden lang während der Benützung der Gelatine-Alauntuben zur Heilung kamen, ohne daß die sekundäre Tracheotomie durchgeführt werden mußte.

Wilhelm Leitner. *A felső szemhéj veleszületett kolobomáiról. (Ueber das angeborene Kolobom des oberen Augenlides.)*

Die Anomalie war an beiden oberen Augenlidern vorhanden und wurde aus kosmetischen Gründen plastisch behandelt. Die Ursache der Entwicklungsstörung bildeten zweifellos amniotische Verwachsungen.

Sigmund v. Gerlóczy. *Láz és csaknem kiütés nélkül lefolyt morbilli. (Ohne Fieber und beinahe ohne Exanthem verlaufene Masern.)*

Abortive Formen sind bei Scharlach häufiger als bei Masern. Bei letzteren müssen insbesondere Röteln ausgeschlossen werden

können. Bei dem 11jährigen Mädchen konnte die Diagnose der Masern sicher aufgestellt werden auf Grund der Anwesenheit der Koplik'schen Flecken sowie dadurch, daß ähnliche leichte Masernerkrankungen bei drei Geschwistern der Kranken auftraten. Das Maximum der beobachteten Temperaturerhöhung betrug im Inkubationsstadium 37.7°C ., nachher war die Temperatur stets unter 37°C .

Feuilleton. **Rudolf Linsbauer.** *Az új bécsi gyermek-kórház. (Schilderung des neuen Wiener Kaiser Franz Joseph-Regierungs-Jubiläums-Kinderspitals.)*

Sammelbericht. **Wilhelm Baranyai.** *A Riga-féle betegség. (Produzione sottolinguale.)*

Kurz gefaßtes, sehr geschickt zusammengestelltes Referat über die Rigasche Erkrankung, welche schon im Jahre 1857 von U. Cardarelli beschrieben wurde, als eine bei Säuglingen auftretende, beinahe stets tödlich verlaufende Erkrankung, deren pathognostisches Zeichen die am Zungenbändchen auftretenden Aphthae cachecticae bildeten. Die Beschreibung von Riga aus dem Jahre 1881 und die histologischen und bakteriologischen Untersuchungen von Guida und Fede haben das Krankheitsbild klargestellt. Symptome, Diagnose, Pathologie und Aetiologie werden kurz und präzise besprochen und das Verzeichnis der Literatur beigelegt.

Loránd (Budapest).

Berichte.

Bericht über die Tagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der LXXV. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel

21. bis 25. September 1903.

Berichterstatter: Hochsinger (Wien).

I. Sitzung am 21. September 1903, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Köhler (Kassel).

1. Schilling (Leipzig): Die Sekretion der Speicheldrüsen bei Kindern.

Entgegen der bisher gangbaren Lehrmeinung, daß nur die Ohr- und die Bauchspeicheldrüse in den ersten Lebensmonaten in geringer Menge verzuckertes Ferment liefern und daß die Unterkiefer-Speicheldrüsen nicht vor Ende des zweiten Lebensmonates Speichel erzeugen, gelang dem Vortragenden schon bei Säuglingen der zweiten bis sechsten Lebenswoche der Nachweis, daß die Glandula submaxillaris bereits wirksames Ferment erzeugt. Die Versuchsmethodik bestand im Einlegen eines Stärkekleister enthaltenden Zulpes in die Mundhöhle des Kindes.

Der erwähnte Nachweis gelang sowohl bei Brustkindern als auch bei künstlich genährten. Da auch die Bauchspeicheldrüse zu dieser Zeit schon wirksames Ferment absondert, liegt auch im frühesten Lebensalter kein Hindernis für die Verdauung von Kohlehydraten vor.

2. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.): Ueber einen Fall von Kolonektasie.

Der Verfasser berichtet über einen Fall von hochgradiger chronischer Stuhlverstopfung eines jetzt dreijährigen Knaben, bei welchem die methodische Anwendung „hoher“ Oeleinläufe bedeutende Besserung erzielte. Die

Eingießungen wurden in der bekannten Weise vorgenommen, daß ein mit dem Irrigator verbundener elastischer Schlauch in den After eingeführt und dann unter gleichzeitigem Einfließen des erwärmten Oeles die Sonde vorgeschoben wurde. Ein Röntgenbild zeigt den mit einer Kette armierten Schlauch in mehrfachen Schlingen im Dickdarm liegend. Der Verfasser berechnet daraus eine mindestens 17 cm im Umfang betragende Erweiterung des Enddarmes.

Die Schlingenbildung war bis etwa 23 cm oberhalb des Anus verfolgbar. Bei diesem Kinde war somit zur Erzielung einer ausgiebigen Klysmawirkung die Sonde bis zu der angegebenen Höhe hinaufzuführen.

Diskussion.

Ganghofner (Prag) ist nicht überzeugt, daß in dem berichteten Falle tatsächlich eine erhebliche Ektasie des Darmes vorlag, da bei den entstehenden Biegungen des eingeführten Darmrohres, welches in der Regel nicht weit über die Flexur hinauskommt, die gelungene Einführung eines längeren Rohres nichts beweist. Die Oelklysmen wirken ja häufig gut bei hartnäckiger Obstipation, auch in der gewöhnlichen Weise mit dem Irrigator appliziert. Besser wirkt jedoch bei chronischer Obstipation die systematische Massage, welche gerade bei jungen Kindern Dauererfolge aufweist.

Biedert (Hagenau) meint, daß es für gewöhnlich unnötig sei, mit einer Sonde hoch hinaufzugehen; bei Hochlagerung des Steißes fließt unter mäßigem Druck die Flüssigkeit bis in das Cæcum, wovon er sich selbst zu überzeugen Gelegenheit hatte. Nur bei einer eventuellen Abknickung des Kolons ist es nötig, ein Darmrohr anzuwenden, um den Rückfluß der Flüssigkeit herbeizuführen.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) hält auf Grund der Röntgenaufnahme an seiner Ansicht einer Erweiterung des Enddarmes fest. Die hohe Einführung der Darmsonde geschah zum Zwecke der Feststellung einmal der Weite des Darmes und dann, um nachzuweisen, wie hoch das Darmrohr eingedrungen sei.

D'Espine (Genf) bespricht kurz einen selbst beobachteten Fall von Hirschsprung'scher Krankheit bei einem 14jährigen Knaben. Leichtere Fälle dieser Krankheit sind nicht so selten.

Moser (Wien) hält eine Ausdehnung des Darmes durch die Ketten-sonde selbst für möglich und damit auch eine Täuschung über die tatsächlichen Verhältnisse. In der Wiener Universitätsklinik wird in solchen Fällen eine explorative Eingießung einer konzentrierten Wismutlösung mit Erfolg angewendet.

Uffenheimer (München) hebt die Vorzüge der gleichzeitigen Wassereingießung mit der Einführung der Sonde hervor und berichtet über eine eigene günstige Beobachtung.

Gernsheim (Worms) meint, daß das Oel bei diesen Eingießungen doch recht weit in den Darm hinauffließe und noch zwei bis drei Tage lang im Darm zurückbleibe. Wenigstens finden sich nach dieser Zeit noch Reste des Oeles dem Stuhl gang beigemischt.

3. Reinach (München). Beitrag zur Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter mit gelabter Kuhmilch.

Es ist möglich, durch mikrochemische Untersuchung der Säuglings-fäces festzustellen, ob gegebenenfalls eine herabgesetzte Tätigkeit der Verdauungsdrüsen für Fette und Kohlehydrate besteht. Nicht sicher ist dieser Nachweis für Eiweißkörper zu führen. Die Labung der Milch nach v. Dungern bedingt wohl ein feinflockiges Gerinnen der Milch im Säuglingsmagen, ohne daß dadurch die chemische und biologische Verschiedenheit der Kuhmilch-Eiweißkörper gegenüber denen der Frauenmilch ausgeglichen wird. Den günstigen Berichten Siegerts über die Verwendung gelabter Kuhmilch zu Ernährungszwecken bei Säuglingen stehen ungünstige, von Brüning publizierte gegenüber.

Reinach berichtet eingehend über 44 mit Pegninmilch behandelte verdauungskranke Säuglinge, von denen 26 chronisch und 18 akut erkrankt waren. Als Behandlungsergebnis ergab sich achtmal Heilung, sechsmal

Besserung nach wiederholten Rückfällen, zwölfmal ungeheilte Zustand und insbesondere gelang es nicht, Atrophiker zu bessern. Die 18 akuten Fälle gruppieren sich in elf leicht und sieben schwerkranke Säuglinge; von den schwerkranken sind fünf, von den leichten vier geheilt. Die Beobachtungszeit der chronischen Fälle erstreckte sich immer auf längere Perioden bis zu sechs Monaten. Günstig wurden nur die Magenbeschwerden beeinflusst. Rachitis wurde durch die Pegninmilch nicht verhütet und nicht gebessert. Nicht ungefährlich ist die hohe Zersetzungsmöglichkeit der gelabten Milch. Pegninvollmilch wurde fast niemals im ersten Lebenshalbjahre vertragen.

Reinach kommt zu folgenden Schlußthesen:

1. In den von mir mit gelabter verdünnter Kuhmilch behandelten Fällen chronischer Ernährungsstörung hat sich bezüglich Ausheilung der Darmstörung und Hebung des Ernährungszustandes des Gesamtorganismus ein Vorzug vor anderen Methoden nicht ergeben; wesentlich günstiger gestaltete sich die Ausheilung akuter Verdauungsstörungen. 2. Die unverdünnte Pegninmilch hat sich nur in einer kleinen Zahl von Fällen für längere Zeit anwenden lassen. 3. Da aus den auch von anderer Seite publizierten Erfolgen, einerseits mit kohlehydratreichen, andererseits mit fettreichen Nährmitteln sowie auf Grund mikrochemischer Stuhluntersuchungen hervorgeht, daß neben der oft nötigen Milchverdünnung bei einer Zahl von Kindern Zusatz von Kohlehydraten, bei anderen Fett mit eventueller Herabsetzung des Eiweißgehaltes nötig ist, um dauernd gutes Gedeihen zu gewährleisten, so ist zwar zur Erhöhung der Eiweißverdaulichkeit auch die Labung prinzipiell in Erwägung zu ziehen, aber für die Bedürfnisse und Handhabung in der Praxis dürften solche Mischungen zu kompliziert und für das Gros der Bevölkerung zu umständlich werden. 4. Die Pegninmilch wird durchwegs gern genommen. 5. In einer größeren Reihe von chronischen und akuten Störungen mit vorwiegend Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken wurden letztere Symptome in der günstigsten Weise durchwegs beeinflusst. 6. Fälle von Reizerscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, die mit den Verdauungsorganen in Zusammenhang gebracht werden können, zeigten sofortiges Verschwinden dieser Zustände.

Demonstration von Gewichts- und Ernährungskurven.

Diskussion.

Siegert (Straßburg) spricht sein Erstaunen darüber aus, daß der Vortragende gelabte Kuhmilch bei akuten Magendarmerkrankungen für ein Heilmittel hält. Bei diesen sei der erste und wichtigste Schritt, die Milch ganz fort zu lassen. Siegert hat mit der Labung der Milch bei gesunden Kindern ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen und spricht sich dagegen aus, gelabte Milch als Heilmittel zu verwenden. Die Labung ist nur die Herbeiführung eines physiologischen Vorganges. Verwendet darf nur gekochte Milch werden, da die Labung roher Milch sehr feste Gerinnsel gibt.

Schloßmann (Dresden) stimmt dem Vorredner nicht bei. Er hat mit Pegnin keine besseren Resultate gesehen und hält die Bestrebungen, die Milch durch verdauende Zusätze leichter verdaulich zu machen, heutzutage nicht für angebracht. Wir sollten vielmehr dahin streben, möglichst gute und reine Milch zu bekommen. Die alte Lehre, bei akuten Magendarmerkrankungen anfangs die Milch ganz wegzulassen, sei eine Irrlehre.

Selter-Solingen vermißt für die Anwendung der gelabten Milch bei Säuglingen eine genaue Indikationsstellung von seiten des Vortragenden. Nach seinen Untersuchungen ist die Gerinnung der gelabten Milch im Magen des Kindes die gleiche wie diejenige nicht gelabter Milch. Gegenüber Schloßmann-Dresden möchte er vorläufig bei akuten Magenstörungen keine Milch geben.

Rommel-München befürwortet die Anwendung gelabter Milch bei Krankheitsfällen, in denen die Symptome von seiten des Magens im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen.

Reinach - München setzt auseinander, daß es nur seine Absicht war, die tatsächlichen Erfolge bei Ernährung mit gelabter Milch bei Magendarmstörungen hier zu erörtern.

4. Salge-Berlin: Enterokatarrh im Säuglingsalter.

Der Vortragende hat in der Säuglingsstation der Charité zu Berlin eine Reihe von Kindern, welche mit Verdauungsstörungen unter Vergiftungserscheinungen litten, rücksichtlich der von Escherich und Finkelstein im Jahre 1900 beschriebenen blauen Darmbazillen untersucht und in den Darmentleerungen der in Rede stehenden Säuglinge große Mengen derselben nachgewiesen. Doch gelang es nicht, pathogene Eigenschaften an den erwähnten Mikroben weder durch den Tierversuch, noch durch die Autolyse der Bakterien (nach Vorgang Conradis) aufzufinden. Hingegen stellte sich heraus, daß bei Zusatz von $\frac{1}{2}\%$ Traubenzucker und 0.1% bleisaueren Natrons zu dem Nährboden eine erhebliche Wachstumsförderung der fraglichen Bazillen eintrat, ohne daß pathogene Eigenschaften an denselben nachgewiesen werden konnten. Aber ein anderes interessantes Resultat kam zum Vorschein, nämlich: daß nicht allein der Zucker zersetzt wurde, sondern daß gleichzeitig die hohen Fettsäuren verschwinden und in niedrigere zerlegt wurden. Dieser Befund läßt es verständlich erscheinen, daß in solchen Fällen die Darreichung von Fett eine starke Azidität der Stühle bedingen kann. Die große Menge von Säuren, welche im Darne gebildet wird, läßt tatsächlich daran denken, sie mit den Vergiftungserscheinungen, die nach Fettdarreichung eintreten, in Beziehung zu setzen und der Vortragende hält es für wahrscheinlich, daß es sich in solchen Fällen um eine Entziehung von Alkali durch die im Darne gebildeten abnormen Säuren handle.

5. Siegert-Straßburg i. E.: Die Fermenttherapie der Atrophie im Säuglingsalter.

Unter Bezugnahme auf einen einleitenden Vortrag in der letztjährigen Versammlung präzisiert Vortragender jetzt die Indikationen der Fermenttherapie: mangelnde Sekretion der Drüsenkörper des Magens, Darmes und Pankreas.

Die Diagnose erfolgt aus dem Nachweis unverdauter Nahrungsbestandteile: Stärke, große konfluente Fettlachen, viele Parakaseinflocken im Stuhl, unter Verhältnissen, wo diese sonst fehlen. Außerdem aus ungenügender oder fehlender Gewichtszunahme bei zweckmäßiger Nahrung in entsprechender Menge. Der Erfolg der Fermenttherapie bei gleicher Ernährung bestätigt die Diagnose.

Die Leistungen der mit Peginn gelabten Milch, der Pankreaspräparate und des kräftigsten Sekretionserregers, der Buttermilch, werden zum Teil auf Grund kurzer Krankengeschichten besprochen.

Dank der systematischen Anwendung der Fermente: Labferment, Pankreasextrakte und der Erreger der Fermentsekretion: Salzsäure, Fleischbrühe und -Extrakt, und vor allem der Buttermilchkonserven Biederts, vermögen wir heute oft die Atrophie des Säuglings überzuführen in blühendes Gedeihen.

Diskussion:

Rommel-München hat sich bemüht, eine gute Buttermilch darzustellen und hat gefunden, daß diese doch nichts anderes ist als gesäuerte Magermilch. Er verwendet jetzt auch in der Praxis Zentrifugengermilch, welche er 24 Stunden lang durch Milchsäurebakterien gesäuert hat. Seine Erfolge sind günstige. Nach seinen Untersuchungen ist der Albumingehalt der Buttermilch nicht erhöht.

Thiemich-Breslau hat Kinder mit Vollmilch gefüttert und direkt im Anschluß daran eine Portion Peginn herunterzuschlucken lassen. Eine Störung ist dabei nicht eingetreten. Die mechanische Bedeutung der Pegningerinnung ist mindestens sehr gering.

Salge-Berlin sieht doch zwischen gesäuerter Magermilch und Buttermilch Unterschiede. Der Fettgehalt ist für die Feinheit der Kaseingerinnung wichtig. Seine Erfolge mit gesäuerter Magermilch waren nicht so günstig wie diejenigen mit Buttermilch.

Lugenbühl-Wiesbaden hat gute Erfolge mit einem trinkfertig hergestellten Buttermilchpräparat aus Holland zu verzeichnen.

Biedert-Hagenau spricht sich für Buttermilch aus, nur warnt er vor der gewöhnlichen Buttermilch, welche oft gefährliche Beimischungen enthält. Er plädiert für künstliche Herstellung von Buttermilch, eventuell durch künstliche Säuerung mit Säurebazillen.

Rommel-München betont, daß bei der Säuerung der Magermilch ein andauerndes Schütteln für die Feinheit der Kaseingerinnung bedeutungsvoll sei. Beim Zusatz von Mehl und Zucker zur Magermilch vor der künstlichen Säuerung entsteht zum Schluß eine fast homogene Mischung.

6. Selter-Solingen berichtet über ein in der Literatur nicht beschriebenes Krankheitsbild, Trophodermatoneurose: eine Erkrankung, die er bei Kindern zwischen $1\frac{1}{4}$ und $3\frac{1}{4}$ Jahren weiblichen Geschlechtes beobachtete. Die Symptome waren: Verdrießlichkeit, Aengstlichkeit, bei einzelnen Kindern mit psychischen Störungen (Delirien, Halluzinationen) ja bis zur ausgeprägten Psychose. Dabei profuse Schweiß- und deren Folgen (Sudamina Exkoriationen, Kratzeffekte), rote, kühle Schwellung der Hände und Füße. An inneren Organen keine Störungen. Der Verlauf der Erkrankung war langwierig (bis zu 3 bis 4 Monaten) aber stets günstig.

7. Schloßmann-Dresden: Eine verbesserte Methode der Ernährungsstatistik der Säuglinge.

Die bisherige Art, wie die Ernährungsfrage bei der Statistik der Säuglingstodesfälle berücksichtigt wird, ist ungenügend. In Dresden wird jetzt nur eine Frage zur Beantwortung vorgelegt. „Wie lange wurde das verstorbene Kind gestillt?“ Damit ist die Grundlage für eine brauchbare, allgemeine Statistik gegeben. Weiter muß bei der Volkszählung für alle Kinder unter einem Jahre festgestellt werden, ob die Kinder gestillt werden oder nicht.

8. Sperk-Wien: Die Prinzipien der städtischen Kindermilchversorgung.

Der V. bespricht die Notwendigkeit der städtischen Kindermilchversorgung, besonders im Interesse der armen Bevölkerung. Die Kommunen sind dafür die berufenen Körperschaften. Durch Zentralisierung des gesamten Kindermilchverkehrs in besonderen städtischen Molkeerianlagen würden die Stadtgemeinden in der Lage sein, die Frage einheitlich zu regeln. Redner wünscht im Anschluß an diese Anstalten die Errichtung sogenannter Milchlaboratorien nach amerikanischem Muster. Redner weist weiter darauf hin, daß es notwendig sei, alle Maßnahmen des öffentlichen Kinderschutzes auch auf das Land zu übertragen; denn gerade dort ist die Kinder- und besonders die Säuglingssterblichkeit eine größere als in den Städten. Das Land aber ist die eigentliche Produktionsstätte des Nachwuchses. Durch die Sanierung der kindlichen Ernährungsverhältnisse auf dem Lande ist es aber erst möglich, alle hygienischen Faktoren des Landlebens für die öffentliche Gesundheit zu verwerten.

11. Sitzung am 22. September 1903, vormittags $\frac{1}{2}$ 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Comby-Paris.

9. Hochsinger-Wien: Stridor congenitus und Thymushypertrophie (mit Röntgenbildern).

H., welcher sich schon seit zwei Jahren mit radioskopischen Untersuchungen über die Thymusdrüse im Säuglings- und frühen Kindesalter befaßt, hat 58 Kinder der ersten drei Lebenssemester im Röntgeninstitut Kienböck's in Wien rücksichtlich der Thymusgröße untersucht. Zunächst stellt H. fest, daß radioskopische Untersuchungen über die Thymusdrüse überhaupt noch nicht vorgenommen worden sind, daß dieselben aber immer zu einem positiven Resultat in den frühen Lebensperioden führen. Es gibt ein typisches Röntgenbild der Thymus, welches sich als ein vom Herzschatten parallel mit dem Wirbelsäulenschatten zum oberen Brustbeinrand emporsteigendes, die Wirbelsäule seitlich kaum überragendes und konkav

begrenztes Band darstellt. Unter normalen Verhältnissen ist die Breite dieses Bandes in der Höhe der Insertion der zweiten Rippe an den Dorsalwirbeln nur um ein Geringes breiter als der Wirbelschatten selbst. Unter pathologischen Verhältnissen wird nun der dem Wirbelsäulenschatten folgende Anteil des Thymusschattens breiter, so daß er beiderseits mehr weniger den ersteren überragt und auch den Herzschatten scheinbar seitlich vergrößert.

Seine besondere Aufmerksamkeit hat H. jenen Säuglingen zugewendet, welche das bisher in seiner Wesenheit noch nicht enträtselte Bild des „Stridor congenitus“ darbieten. Hierunter wird eine angeborene oder in den ersten Lebensmonaten auftretende, geräuschvolle Atmung verstanden, deren Intensität am Ende des Inspiriums am bedeutendsten ist, welche Tag und Nacht persistiert und ein röchelndes, meckerndes oder klucksendes Tönen bei jedem Atemzuge erkennen läßt. Immer finden sich auch inspiratorische supra- und substernale Einziehungen, welche beweisen, daß es sich um eine Stenose der oberen Luftwege handelt. Ueber die Entstehung dieser Geräusche sind viele Theorien ersonnen worden, unter anderen auch eine, welche das Geräusch von einer Kompression durch hypertrophierte Thymus herleitet. Der Vortragende, welcher immer diese zuletzt von Avellis verteidigte Anschauung geteilt hatte, konnte nun durch die radiologische Untersuchung von 20 Säuglingen mit Stridor congenitus das Vorliegen einer hypertrophierten Thymus im Röntgenbilde feststellen. Vier von diesen Fällen hatten enorm hypertrophierte Thymen, 16 wesentlich vergrößerte und nur ein Fall einen mäßig vergrößerten Thymusschatten. Aus diesen Untersuchungsergebnissen glaubt H. mit Sicherheit annehmen zu dürfen, daß die als Stridor congenitus bezeichnete geräuschvolle Atmung der Säuglinge auf Thymushypertrophie beruht und schlägt vor, diese pathologische Atmungsform richtiger mit dem Namen „Stridor thymicus“ zu bezeichnen und von dem Epitheton „congenitus“ ganz abzu sehen, weil dasselbe in der Tat viel häufiger nicht gleich bei der Geburt, sondern erst innerhalb der ersten Lebensmonate des Kindes in Erscheinung tritt.

Sonst konnte noch ein gewisser Zusammenhang zwischen Rachitis und Thymushypertrophie festgestellt werden, da von 32 untersuchten rachitischen Kindern 23 eine Vergrößerung der Thymusdrüse aufwiesen. Die Beziehung der Thymushyperplasie zur Rachitis wird in ähnlicher Weise beurteilt, wie das Verhältnis der Milzhypertrophie zu der genannten Erkrankungsform.

Diskussion:

Teixera de Mattos-Rotterdam hält die Thymusvergrößerung für die Entstehung des kongenitalen Stridor für richtig, wenn auch seine bisherigen Erfahrungen für ihn noch nicht beweisend sind. Es gibt Fälle von Stridor ohne besonders große Thymus. Die vom V. demonstrierten Röntgenbilder sind für ihn nicht überzeugend.

Ganghofner-Prag ist von dem Zusammenhang von Stridor congenitus und Thymusvergrößerung noch nicht überzeugt, noch erscheinen ihm die Röntgenbilder des V. beweisend. Er hat den Eindruck, daß es sich bei dem Stridor um eine Neurose handeln könne.

Siegert-Straßburg hebt hervor, daß Fälle mit durch die Autopsie festgestellter, vergrößerter Thymus klinisch keine Erscheinungen gemacht haben und erwähnt einen Fall einer Riesenthymus ohne Stridor. Es gibt Stridor mit und ohne Thymusvergrößerung.

Thiemich-Breslau meint, man sollte es sozusagen experimentell in der Hand haben, durch Hungern eine Thymus klein zu machen (natürlich unabsichtlich); ein abmagerndes Kind müßte schnell seinen Stridor verlieren. Dies ist bisher noch nicht beachtet worden.

Feer-Basel erwähnt einen Fall von Stridor mit großer, derber Thymus und glaubt für diesen Fall in Übereinstimmung mit dem V. an einen kausalen Zusammenhang zwischen großer Thymus und Stridor.

Hochsinger-Wien hält seine Ansicht aufrecht. Es gibt einen harmlosen Stridor bei vollkommener Euphorie, bei welchem man immer

eine große Thymus finden wird, wenn man nur die Radiogramme von technisch gut geübten Untersuchern herstellen läßt. Wichtig ist das Verhältnis zwischen Thymusgröße und Thoraxweite bezüglich der Raumbegrenzung, es kann auch einmal eine große Thymus ohne Stridor geben. Nicht zu verwechseln ist dieser Stridor mit anderen stenotischen Geräuschen bei kleinen Kindern, z. B. bei adenoiden Vegetationen oder Kindern mit Bronchitis capillaris.

10. Zuppinger-Wien: Ueber Laryngitis aphthosa.

Der Vortragende erwähnt, daß die Stomatitis aphthosa zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine wirklich gutartige, nur auf die Mundschleimheit lokalisierte Krankheit sei, nicht selten aber progredienten Charakter zeige, insofern sie dann auf den Gaumen, Uvula, Tonsillen und hintere Rachenwand übergreife. In sehr seltenen Fällen ist auch der tiefere Verdauungstrakt betroffen. Andererseits kann die aphthöse Entzündung auch auf den Larynx übergehen und dann besonders bei kleinen Kindern ausgesprochene Larynxstenose erzeugen, die die Kinder in direkte Erstickungsgefahr bringt. Verfasser beobachtete unter 900 Kindern mit Stomato-pharyngitis aphthosa sechs solche Fälle und bringt ein ausführlicheres Beispiel. Die Therapie besteht in einer energischen Behandlung der Grundkrankheit, hierzu benützt er Auswaschungen des Mundes und Rachens mit Solutio Kali hypermang. und vermeidet Kalichlorium.

11. Brüning (Leipzig) berichtet unter gleichzeitiger Demonstration von Photogrammen und farbigen Abbildungen, welche das Verhalten der Seiffertischen Noma-fäden zu den Gefäßen und den im nomatösen Gewebe verlaufenden Muskelfasern illustrieren sollen, über 4 Noma-fälle aus dem Leipziger Kinderkrankenhaus. Die Erkrankung betraf 2 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 3 bis 5¼ Jahren und endete bei den beiden Knaben tödlich, während die beiden Mädchen mit dem Leben davonkamen. In 3 Fällen entwickelte sich der Wangenbrand nach Masern, der 4. Fall betraf einen hereditärluetischen, rachitischen Kaben mit langwieriger Pneumonie und Empyem. Die Therapie war eine exspektative.

12. Keller-Bonn: Erfolge und Organisation der Seehospize. (Siehe Originalmitteilung auf Seite 357 dieser Zeitschrift.)

Diskussion.

Köppen (Norden) erwähnt seine günstigen Erfahrungen vom Aufenthalt an der Nordsee (Wyk) bei Asthma bronchiale. Die Kurdauer braucht nur Wochen zu dauern, muß aber bei demselben Kinde mehrere Jahre hintereinander in Anwendung kommen.

v. Ranke (München) stimmt dem Vortragenden bei und befürwortet die Verlängerung der Verpflegungsdauer in den Seehospizen. Er hat überraschende Erfolge bei Knochentuberkulose (besonders nach der operativen Behandlung z. B. mit der Calotschen Operation) in dem französischen Seehospiz Berc sur mèr gesehen. Die Erfolge waren dauernde.

Zuppinger (Wien) pflichtet den Vorrednern bei und berichtet gleichfalls über glänzende Erfolge bei chirurgisch behandelten Knochentuberkulose im österreichischen Seehospiz bei Rovigno. Er plädiert für die Einrichtung der Hospize nach Art moderner Krankenhäuser.

Hochsinger (Wien) meint, daß der Seeaufenthalt einen günstigen Einfluß habe bei den Fällen von descendierender Bronchitis bei Kindern mit adenoiden Vegetationen oder Hyperplasie des lymphatischen Gewebes, das eigentliche nervöse, essentielle Asthma bleibt dagegen unbeeinflußt.

Köppen (Norden) möchte der Differenzierung der asthmatischen Bronchitis im Sinne des Vorredners nicht beipflichten, gibt jedoch zu, daß es vereinzelt auch nicht beeinflussbare Fälle gibt.

D'Espine (Genf) berichtet über einige Fälle von bronchitischem Asthma, welche im Seehospiz Dollfus bei Cannes behandelt wurden. Die Bronchitis verschwand innerhalb 8 Monaten, jedoch kehrte das Kind mit dem Asthma nach Genf zurück.

13. Thiernich (Breslau): Ueber die Hysterie im Kindesalter. (Vom Vorstand der Gesellschaft für Kinderheilkunde aufgestelltes Referatthema.)

Zum Ausgangspunkte seiner Betrachtungen nimmt Ref. das für das Kindesalter charakteristische monosymptomatische Auftreten der Hysterie in Anspruch. Hierunter wird das Vorliegen von hysterischen Einzelsymptomen, ohne Vorhandensein der bekannten Charcot'schen Stigmata verstanden. Die Genese solcher somatischer Einzelercheinungen wird verständlich, wenn man den Frühformen der Erkrankung, welche in das früheste Kindesalter fallen, nachgeht, wobei man häufig finden kann, daß das vorliegende Symptom meist nichts anderes ist als eine psychogene Fortsetzung, bezw. Wiederholung eines früheren organischen Leidens, dessen hervorstechendstes Symptom durch Autoimitation beibehalten wird. So kommt es sehr häufig, daß die monosymptomatisch affizierten Kinder nicht Symptome zeigen, welche sich auf eine Nervenkrankheit beziehen, sondern das Krankheitsbild einer Affektion des vegetativen Systems imitieren. Der Referent belegt diese seine Anschauungen mit zahlreichen Beobachtungen aus der Praxis. Der Ausbruch der Erscheinungen ist wesentlich von dem Milieu abhängig, in welchem das Kind erzogen und aufgewachsen ist. Eigentlich ist ein ungeeignetes Verhalten der Eltern, Erzieher, Pflegepersonen u. dgl. in den meisten Fällen die Hauptursache des Ausbruchs der hysterischen Krankheitssymptome beim Kinde, wofür auch die Erfahrung spricht, daß Isolierung und Entfernung derselben aus diesem schädigenden Milieu die besten Behandlungserfolge aufzuweisen haben. Die Erscheinungen der Hysterie werden wohl durch die vorerwähnten schädigenden Einflüsse der Umgebung nicht direkt produziert, aber dadurch befördert und großgezogen, daß sie nicht frühzeitig auf erzieherischem Wege unterdrückt werden.

14. Bruns (Hannover): Korreferat über dasselbe Thema.

Der Korreferent gibt zunächst einige kurze statistische Daten nach seinem eigenen Material. Er hat unter 700 Fällen von Hysterie 144 bei Kindern beobachtet; also etwa auf fünf Hysterische ein Kind. Die obere Grenze des Kindesalters setzt er ins 16. Jahr. Die meisten Fälle fielen zwischen das 7. und 12. Jahr; ziemlich viele darüber bis zum 16. Jahre; im 6., 5. und 4. Jahre hat er nur noch sechs Fälle beobachtet; die jüngsten waren zwei Knaben von drei Jahren. Er hält die Hysterie unter diesem Alter jedenfalls für äußerst selten und die Hysterie der Neugeborenen, von der besonders französische Autoren berichten, für unbewiesen. Alles in allem kamen ihm etwa doppelt so viel hysterische Mädchen als Knaben zur Beobachtung; unter neun Jahren war aber die Zahl der Knaben fast so groß wie die der Mädchen. Mit dem höheren Kindesalter nimmt also die Hysterie bei Knaben relativ ab, bei Mädchen zu. 40% seiner hysterischen Kinder waren Landkinder; bei diesen kommen ganz besonders schwere und hartnäckige Formen vor. — Die Formen der Hysterie sind sehr verschiedenartige; relativ sehr häufig ist die Astasie-Abasie; hysterische Krämpfe sind häufiger, als Bruns früher annahm, besonders bei älteren Kindern. Meist fehlen die Stigmata, besonders die Hautanästhesien. Bruns sucht das Fehlen derselben aus Eigentümlichkeiten des kindlichen Vorstellungslebens zu erklären; ihr Fehlen bilde deshalb keinen unerklärlichen Gegensatz zu der Hysterie der Erwachsenen, es zeige vielmehr deutlich, daß auch die Stigmata der Hysterie psychisch bedingt sind.

Trotz des Fehlens der Stigmata sei die Diagnose wenigstens in Fällen mit neurologischen Symptomen bei der Kinderhysterie auch vor der Heilung oder bei Nichtgelingen derselben meist sicher. Vor allem gelte es, auch bei Kindern immer an die Möglichkeit der Hysterie zu denken, vor ihr auf der Hut zu sein. Dann halte man sich an die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Symptome der Hysterie und ihrer Gruppierung, die Bruns näher ausführt, an die große psychische Beeinflußbarkeit, an das Mißverhältnis zwischen Ursache und scheinbarer Schwere der Symptome. — Erschwerend für die Diagnose kann es manchmal wirken, wenn hysterische Erscheinungen als Imitationen oder Prolongationen organischer

Leiden auftreten, z. B. hysterische Ankylosen nach Gelenkrheumatismus, oder hysterische Chorea nach rheumatischen, oder überhaupt nach organischen Krankheiten, wie z. B. Astasie-Abasie nach Infektionskrankheiten. — Die Prognose der Kinderhysterie ist sowohl für die Heilung der Symptome, als für die der Gesamtkrankheit eine viel bessere, als die der Hysterie der Erwachsenen; ersteres liegt an der größeren Suggestibilität der Kinder, letzteres daran, daß bei ihnen der hysterische Charakter noch nicht festgewurzelt ist. — Für die Behandlung ist in allen hartnäckigen Fällen Aufnahme ins Krankenhaus geboten. — Im Speziellen empfiehlt Bruns für den betreffenden Einzelfall wieder die Methoden, die er früher als Ueberumpelungsmethode und als Methode der zielbewußten Vernachlässigung bezeichnet hat, und weist die Behauptung, daß die erstere Methode den Kindern schädlich sei, kurz zurück. Nötig sei es jedenfalls, daß die hysterischen Manifestationen möglichst rasch und möglichst gründlich ausgerottet würden; dann sei eine Dauerheilung zu hoffen.

Die Schlußsätze zu den Referaten sind die folgenden:

1. Das häufig „monosymptomatische“ Auftreten der Hysterie im Kindesalter darf als gesichert gelten und steht nicht im Widerspruch mit dem Wesen der Hysterie.

2. Zu den gewöhnlichen — oft verkannten — Frühformen der Kinderhysterie gehören die durch Autoimitation entstandenen.

3. Die Manifestation hysterischer Erkrankungen wird oft, die Fixierung derselben fast immer durch ungeeignetes Verhalten der Umgebung des Kranken hervorgerufen; andere Ursachen für die Fixierung sind im Kindesalter selten.

4. Die Prognose der Kinderhysterie ist eine wesentlich günstigere, wie die der Erwachsenen; u. zw. sowohl die Prognose des Einzelsymptoms, wie die des Gesamtleidens.

5. Therapeutisch kommt bei nicht ganz rasch in Heilung ausgehenden Fällen stets die Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen, besonders die Aufnahme in ein Krankenhaus in Betracht. Die Behandlung des Einzelsymptoms wird je nach Art desselben verschieden sein; wichtig aber ist, daß seine Ausrottung möglichst rasch erfolgt.

Diskussion.

Binswanger (Jena) wendet sich gegen die Auffassung des Referenten, daß die kindliche Hysterie den Charakter einer monosymptomatischen habe, es gibt nur eine Hysterie mit monosomatischen Symptomen. Der psychische Zustand ist nicht monosymptomatisch. Der Schmerz ist seiner Meinung nach zu wenig betont, eine große Anzahl der Lähmungen kommt über den Schmerz, als auslösendes Moment. Er erwähnt eine diesbezügliche eigene Beobachtung. Schließlich warnt er vor der Anwendung der Hypnotherapie bei der Hysterie.

D'Espine (Genf) warnt gleichfalls vor der Anwendung der Hypnose und steht auch auf dem Standpunkte, daß die Eklampsie kleiner Kinder streng von der Hysterie zu trennen sei.

Ganghofner (Prag) hat bei hysterischen Kindern eine Reihe von Prüfungen auf eine eventuelle Gesichtsfeldeinschränkung gemacht, und $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{5}$ seiner Fälle zeigte eine solche. Den Angaben über die Säuglingshysterie steht auch er skeptisch gegenüber, die Mehrzahl seiner Kinder befand sich im 7. bis 11. Lebensjahre. Die von dem Referenten betonte Störung der viszeralen Funktionen hält er für wichtig und beachtenswert. Eine häufige Erscheinung sei auch das hysterische Erbrechen. Die Enuresis kann nur zum Teil auf hysterischer Grundlage beruhen, in seinem Material war wenigstens die hysterische Enuresis sehr selten. Die Entstehungsweise der nervösen Enuresis bei Kindern ist eine andere als die hysterischer Erkrankungen.

Thiemich (Breslau) verteidigt seinen Standpunkt und hebt nochmals hervor, daß die somatischen Stigmata (im Sinne Charcots) bei der indischen Hysterie meist fehlen. Die Enuresis der Kinder an dem Material der Breslauer Klinik ist überwiegend hysterischer Natur.

Bruns (Hannover) hebt hervor, daß die Grundlage der Hysterie psychischer Natur sei, doch sei es naturgemäß bei Kindern sehr schwierig, auf diesem Gebiete Untersuchungen anzustellen. Den Versuch eine Definition der Hysterie zu geben hat Korreferent absichtlich, weil bisher erfolglos, unterlassen.

III. Sitzung am 22. September 1903, nachmittags $\frac{1}{3}$ Uhr.

Vorsitzender: v. Ranke (München).

15. Magnus Hirschfeld (Charlottenburg): Ueber das urnische Kind.

Man versteht darunter mädchenhaft veranlagte Knaben und knabenhafte Mädchen. Es war dem Referenten bei der Beobachtung und Untersuchung von 1800 Homosexuellen aufgefallen, daß fast alle angaben, sie wären bereits als Kinder anders geartet gewesen, wie die gewöhnlichen Knaben und Mädchen. Es stimmt das mit der heute fast allgemein angenommenen Anschauung überein, daß es sich bei der homosexuellen (gleichgeschlechtlichen) Neigung um eine angeborene Erscheinung handelt. Sehr viele geben etwa Folgendes an: „Die wilden Knabenspiele waren mir zuwider; ich schloß mich mit Vorliebe an Mädchen an und hatte deswegen viel Neckerei zu erdulden. Das war mir sehr unangenehm, doch konnte ich nicht dagegen an. Ich liebte zu nähen, zu stricken, beim Kochen und Backen zu helfen und mich mit Bändern wie ein kleines Mädchen zu schmücken. Es ist mir jetzt immer sehr peinlich, wenn diese Jugenderinnerungen von Angehörigen hervorgeholt werden.“

Das Schamgefühl äußert sich frühzeitig und unbewußt mehr dem eigenen Geschlecht gegenüber. — Was die körperlichen Zeichen betrifft, so tritt u. a. bei urnischen Knaben der Stimmwechsel häufig sehr spät und schwach, manchmal gar nicht ein; urnische Mädchen bekommen oft in der Pubertätszeit eine tiefere Stimmlage.

Der Bartwuchs stellt sich bei urnischen Jünglingen oft sehr spät, oft recht spärlich und ungleich ein, dagegen findet sich nicht selten zur Reifezeit ein mit Schmerzhaftigkeit verknüpftes Anschwellen der Brüste.

Bemerkenswert ist es auch, daß bei urnischen Knaben verhältnismäßig häufig Migräne und Chlorose (Bleichsucht) auftreten, zwei Krankheiten, von denen sonst meist nur das weibliche Geschlecht heimgesucht wird.

Hirschfeld wendet sich gegen den Vorschlag des Petersburger Naturforschers T a r n o w s k y, Knaben, welche zu weiblichen Beschäftigungen neigen, recht zu verspotten, um so der Entstehung homosexueller Triebe vorzubeugen. Er hält diese Maßnahmen gegenüber einer so tief in der Persönlichkeit wurzelnden Anlage nicht nur für wirkungslos, sondern geradezu für schädlich und verhängnisvoll, weil sie das ohnehin schüchterne, empfindsame urnische Kind noch zaghafter machen. Eine wohlbedachte Erziehung soll das psychologische Erfassen der Kinderseele zur Grundlage haben.

16. Uffenheimer (München): Zusammenhänge zwischen Diphtherie und Scharlach.

Die widersprechenden Anschauungen darüber, welche Rachenbeläge bei Scharlachkrankungen man bei positivem Befund von Löffler-Bazillen als echte Diphtherie bezeichnen darf, anderseits, ob man eine echte Diphtherie bei Scharlach auch ohne Hilfe der bakteriologischen Untersuchungsmethoden diagnostizieren kann, führten zu den vorliegenden Untersuchungen. Dieselben wurden an dem Material der Kgl. Universitätskinderklinik in München (von 1896—1903) unternommen und sind deshalb von um so größerem Interesse, weil die seinerzeit von R a n k e veröffentlichten außerordentlich hohen Zahlen der Db.-Befunde bei den Rachenbelägen der Scharlachkranken demselben Material entstammten. Die zahlenmäßigen Belege sind dem gut beobachteten Material der Jahre 1898—1903 entnommen — im ganzen 182 Scharlachfälle. Es fanden sich 127 Fälle mit Belägen. Unter diesen ist in 55 Fällen oder 30,27% aller Scharlachbeobachtungen positiver Befund von Löffler-Bazillen notiert. Davon waren

20 Fälle primäre Diphtherie, resp. Kehlkopfkrupp (10·99% sämtlicher Scharlacherkrankungen — 36·36% der Fälle mit positivem Db.-Befund); 29 Fälle von Scharlach mit frühzeitiger (gleichzeitiger) Diphtherieerkrankung (15·93% sämtlicher Scharlacherkrankungen — 52·72% der Fälle mit positivem Db.-Befund) und 6 Fälle von Scharlach mit Späterkrankung an Diphtherie (3·29% sämtlicher Scharlacherkrankungen — 10·91% der Fälle mit positivem Db.-Befund). Es zeigten sich die an primärer Diphtherie, resp. Krupp erkrankten Kinder besonders gefährdet im Gegensatz zu den zuerst mit Scharlach infizierten.

Die Hospitalinfektion spielte eine große Rolle bei dem sekundären Scharlach, wohingegen sie bei der Mehrzahl der erst an Scharlach erkrankten, bereits in den ersten Tagen des Scharlachs sekundär mit Diphtherie infizierten Kinder sich ausschließen ließ. Bei der Spätdiphtherie der Scharlachkranken war nur in der Hälfte der Fälle die Hospitalinfektion Ursache. Der Eintritt der Neuinfektion war stets durch entsprechendes Hochgehen der Temperaturkurve zu erkennen.

Als echte Diphtherie mußten nach den vorliegenden detaillierten Beobachtungen auch die leichten follikulären etc. Beläge bezeichnet werden, sobald bei ihnen Löffler-Bazillen in größerer Menge nachgewiesen werden konnten. Umgekehrt fanden sich klinisch als Diphtherie, resp. Krupp imponierende Fälle, bei denen nie Löffler-Bazillen nachgewiesen werden konnten. Eine Gegenüberstellung der Rankschen Zahlen und derjenigen des Vortragenden ergab zur Evidenz, daß in dem neuuntersuchten Zeitabschnitt zwar die Anzahl der Beläge prozentual wieder zugenommen hat, daß aber der Befund von Db. in denselben um ein ganz Bedeutendes abgenommen hat.

Da innerhalb der Klinik sich die Verhältnisse in nichts geändert hatten, mußten epidemiologische Bedingungen an diesen Unterschieden schuld sein. Ein Vergleich der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern in der Stadt München und in der Klinik (von 1887 ab — 12 Kurventafeln) ergab denn auch von 1889 ab ein stetiges gleichmäßiges Herabgehen der Diphtheriemorbidität, wogegen die Scharlachmorbidität, ziemlich wechselnd, 1894 steil anzusteigen beginnt und ihre höchste Erhebung 1896 erreicht. Es zeigt sich also gerade in den Jahren, aus welchen die Rankschen Zahlen stammen, der enorme Hochstand der Scharlacherkrankungen, bei dem es nicht wundernehmen kann, wenn eine größere Anzahl von Ansteckungen mit dieser Krankheit bei bereits von Diphtherie betroffenen, also für Neuinfektion um so geeigneteren Individuen zustande kamen und umgekehrt. Die Zusammenstellung der in der Klinik beobachteten Scharlachfälle mit gleichzeitiger Diphtherieerkrankung für die einzelnen Jahrgänge zeigt deutlich eine Abhängigkeit von den genannten epidemiologischen Verhältnissen.

Aus den weiteren, den Kurventafeln entnommenen Schlüssen sei hier nur angeführt, daß die bei der Diphtherie beobachteten Todesfälle sich nur verhältnismäßig verringert haben, d. h. daß die Schwere der Diphtherieepidemien nicht wesentlich abgenommen hat, während bei Scharlach die Epidemien ungleich leichter auftreten als früher.

Den Schluß des Vortrages bilden die Indikationen für Einspritzung des Diphtherieheilserums bei Scharlach.

17. Feer-Basel: Ein Fall von Situs viscerum inversus mit Mangel der großen Gallenwege.

Der Vortragende berichtet unter Demonstration der zugehörigen Präparate über einen Fall von Situs inversus bei einem Knaben, welcher von der Geburt bis zu seinem im elften Lebensmonate erfolgten Tode an hochgradiger Gelbsucht mit gänzlich entfärbten Stühlen litt. Der Krankheitsverlauf war durch sehr häufige Fieberanfälle und Konvulsionen und durch einen sechs Wochen vor dem Tode in Erscheinung tretenden starken Ascites ausgezeichnet. Bei der Obduktion fand sich ein kompletter Situs inversus viscerum, dabei bestand biliäre Lebercirrhose und vollständiger Defekt der Gallenwege. An Stelle der Gallenblase fand sich nur eine kleine Bindegewebsauflagerung. Lues war nicht vorhanden.

Diskussion:

Hochsinger-Wien berichtet über einen von ihm obduzierten ähnlichen Fall von vollkommenem Defekt der Gallenwege und über einen zweiten Fall von vollständigem angeborenem Defekt des uropoetischen Apparats und betont, daß diese Fälle mit Lues nichts zu tun haben, da die fötale Syphilis sich vorwiegend an die Drüsenparenchyme hält. Die Literatur über diese Fälle ist aber voll von Irrtümern, indem alle möglichen angeborenen, mit Bindegewebsschwien verbundenen Defekte auf Syphilis zurückgeführt werden.

Lungenbühl-Wiesbaden berichtet über eine der von Feer mitgeteilten durchaus analoge eigene Beobachtung, in welcher gleichfalls Syphilis sicher fehlt.

18. v. Pirquet: Zur Theorie der Vakzination.

Nach wiederholter Einführung einer antikörpererregenden Substanz bildet der Organismus rascher Antitoxin als nach der ersten Einführung solcher Materien. Dies ist das Gesetz der verkürzten Reaktionsfähigkeit, welches zuerst durch v. Dungen bei den Präzipitinen erkannt wurde. v. Pirquet und Schick haben die allgemeine Bedeutung dieses Dungen'schen Gesetzes nachgewiesen und in einer gemeinschaftlichen Mitteilung „Zur Theorie der Inkubationszeit“ ausführlich besprochen. Bei Berücksichtigung dieses Gesetzes läßt sich die Schutzwirkung der Vakzination in befriedigender Weise erklären. Durch neuere Untersuchungen französischer Autoren ist es bekannt, daß im Blute der Vakzinierten ein ganz spezifischer in vivo und in vitro wirksamer Gegenkörper auftritt, und zwar zur selben Zeit, da die Virulenz der gesetzten Vakzinepusteln erlischt.

Nach dem früher erörterten Gesetze muß der schon einmal Geimpfte bei Wiederholung der Vakzination rascher Gegenkörper bilden als ein noch ungeimpftes Individuum. So ist es auch in Wirklichkeit, indem der Verlauf der Revakzination stets ein viel kürzerer ist als der erste im Verlauf. Aber das herangezogene Gesetz der verkürzten Reaktionsfähigkeit bezieht sich nicht bloß auf die Beendigung, sondern auch auf die Zeit des Eintrittes der Impfkrankheit. Dementsprechend ist bei Revakzinierten die Inkubationszeit viel kürzer als bei Erstimpfungen, wie an der Hand von Diagrammen nachgewiesen wird. Daraus schließt der Vortragende, daß der Eintritt der Reaktionserscheinungen eine Funktion der Antikörperbildung sei.

Diskussion:

Schick-Wien verwertet die in Gemeinschaft mit v. Pirquet erörterte Theorie der Vakzination und Serumkrankheit auf die Erklärung des Wesens der Tuberkulin- und Malleinreaktion. Geradeso wie man an der beschleunigten Reaktionsfähigkeit des Organismus nach Seruminjektion und Impfung den mit Serum Vorbehandelten bzw. bereits Geimpften erkennt, so erkennt man an dem positiven Ausfalle der Tuberkulinreaktion den Tuberkulösen. Die Injektion von Tuberkulin und Mallein ist eine Wieder-einführung der pathogenen Substanz der Tuberkulose und Rotzkrankheit. Vortr. führt Analogien zwischen Serum und Impfung einerseits, Tuberkulin und Mallein andererseits auf. Die Versuche über Tuberkulin, welche die Theorie stützen sollen, sind noch im Gange.

Köppen-Norden betont, daß die Vorgänge, wie sie der Vortragende geschildert hat, bei jeder Infektionskrankheit vorkommen. Wegen der Deutung des Eintrittes der Krankheitssymptome tritt Köppen den Ausführungen entgegen, indem er nicht das Auftreten der Antikörper im Blute für die Reaktion verantwortlich macht. Wenn das Toxin in wirksamer Weise im Blute kreist, wird es bald verankert. Danach stoßen die betreffenden Zellen die unbrauchbar gewordenen Toxinrezeptorenverbindungen ab und dies bewirkt die Reaktion, d. h. das Auftreten der Krankheitssymptome. Das Auftreten der Antikörper im Blute kann nicht die Ursache sein, weil die Antikörperbildung noch anhält, wenn längst die Reaktion abgeklungen ist.

Schloßmann-Dresden spricht sich entschieden dagegen aus, daß jedes geimpfte Kind fiebere, es sei nur nötig, keimfreie oder keimarme Lymphe zu verwenden und aseptisch vorzugehen. Zahlreiche zweistündliche Temperaturmessungen dienen ihm zur Stütze seiner Behauptung.

v. Pirquet (Wien) (Schlußwort): Die Ehrliche Theorie gibt keine Erklärung, warum die Krankheit früher eintritt. Die Antikörper, welche die Krankheit einleiten, fassen wir nicht als identisch auf mit den beendigenden. Bei der Impfung muß ja nicht stets Fieber eintreten; wenn es aber der Fall ist, so stets nach der bestimmten Inkubationszeit.

19. Czerny (Breslau) demonstriert kurz Photographien und Präparate von Lungen, welche der leider so früh verstorbene Dr. Gregor (Breslau) in außergewöhnlich schöner Form hergestellt hat.

Die bisherige Art der Lungenuntersuchung an der Leiche war mangelhaft. Das Kollabieren der Lungen, das Herausziehen derselben aus der Brusthöhle veränderte die Form und Lagerung sehr wesentlich. Gregor hat es durch Injektion von 10%iger Formalinlösung in die Vena cava erreicht, die Lungen in der Lage, welche sie in vivo in der Brusthöhle einnehmen, dort zu fixieren. Mit der Zeit des ersten Gehens senkt sich der Thorax des Säuglings, welcher sich bis dahin fast in der Lage starker Inspiration befand. Dies ist auch die Zeit der Bronchopneumonien. Die physikalische Untersuchung läßt hier oft im Stich. Prachtvolle Lungenschnitte zeigen nun als den Sitz dieser Pneumonien die hinteren, unteren Lungenpartien. Gregor schlug den Namen paravertebrale Pneumonien vor. Als Erklärung kann die folgende dienen. Läßt man Tiere künstlich Staub inhalieren (u. zw. in der Körperlage der Kinder), so ist die Verteilung überall die gleiche, nur für die Ausstoßung des Staubes liegen die Bedingungen dort h. u. besonders ungünstig. Ein weiterer Befund ist bei Untersuchung tuberkulöser Lungen mit dieser Methode eine große Anzahl eigentümlicher Löcher, welche bei der gewöhnlichen Obduktion nicht hervortreten, u. zw. handelt es sich um mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, also um einen Zusammenfluß von Alveolen durch Wandzerstörung, d. h. richtiges Emphysem. Bei dem Emphysem kleiner Kinder handelt es sich meist nur um Lungenblähung, hier bei den tuberkulösen Lungen aber um Emphysem.

Hochsinger (Wien) fragt an, ob die Pneumonien intra vitam diagnostiziert waren, und hebt hervor, daß auf radiographischem Wege sehr häufig Pneumonien entdeckt werden, wo klinisch nur Bronchitis angenommen wurde.

Czerny (Breslau) bejaht diese Frage, nur war der Sitz der Pneumonien fraglich.

20. Ganghofner (Prag): Zur Frage der Fütterungstuberkulose.

Da neuerdings unter Hinweis auf die Publikationen von Heller in Kiel von verschiedenen Autoren — im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung der Kinderärzte — die Behauptung aufgestellt worden ist, daß primäre Intestinaltuberkulose bei Kindern häufig und der Verdacht auf nicht so seltene Infektion derselben durch den Genuß von perluchtbazillenhaltiger Milch begründet sei, sah sich Ganghofner veranlaßt, das ihm zur Verfügung stehende pathologisch-anatomische und statistische Material zum Studium dieser Frage zu verwerten. Da sich die Sektionen von an vorgeschrittener Tuberkulose Verstorbenen zur Beurteilung nicht eignen, benützte er lediglich die Sektionen der an akuten Infektionskrankheiten (Diphtherie, Morbillen, Skarlatina, Variola) gestorbenen Kinder der verfloßenen 15 Jahre und konnte feststellen, daß unter 973 an derartigen Krankheiten gestorbenen Kindern nur fünf Fälle sich befanden, welche ausschließlich auf den Darm oder die Mesenterialdrüsen beschränkte Tuberkulose darboten, sonach als Fälle von sicher primärer Intestinaltuberkulose anzusehen waren, entsprechend 0.5% aller Gestorbenen, bzw. 2% der darunter befindlichen 253 Tuberkulösen; während Heller in Kiel unter 714 sezienten Diphtheriefällen 53 solche von primärer Intestinaltuberkulose gefunden hatte = 7.4% aller Gestorbenen, bzw. 37.8% der darunter befindlichen 140 Tuberkulösen.

Ganghofner hebt hervor, daß die Sektionsmethode dieselbe war wie in Kiel und daß alle Sektionen von sachkundiger Hand ausgeführt wurden und hält danach eine Verallgemeinerung von Hellers Befunden, die bisher in Deutschland einzig dastehe, für nicht begründet, ebenso auch die daraus gefolgerten Schlüsse bezüglich der Gefahr von Perlsuchtbazillen haltender Milch.

Bei der Ubiquität des vom Menschen stammenden Tuberkelbazillus, der ja auch in die Mundhöhle und in den Darm gelangt, könne man selbst bei Fällen primärer Darmtuberkulose nie sicher entscheiden, ob Infektion mit Rindertuberkulose vorliege oder nicht.

Um der Frage noch auf einem anderen Wege näher zu treten, hat Ganghofner in ähnlicher Weise, wie dies Biedert im Algäu getan, die etwaigen Beziehungen der Rindertuberkulose zur Tuberkulosefrequenz der Bevölkerung in den einzelnen Bezirken Böhmens auf Grund amtlicher statistischer Daten studiert. Er kam hiebei zu einem ganz ähnlichen Resultat wie Biedert.

In Gegenden mit geringer Frequenz der Rindertuberkulose bei den geschlachteten Kühen fand sich häufig eine hohe Sterbeziffer an Tuberkulose bei der betreffenden Bevölkerung und umgekehrt war in Bezirken mit verhältnismäßig viel Rindertuberkulose eine sehr geringe Tuberkulosesterblichkeit bei den Menschen zu konstatieren.

Da bisher vielfach angenommen wurde, daß nur von jenen an Perlsucht leidenden Kühen Perlsuchtbazillen in die Milch gelangen können, welche an Tuberkulose des Euters leiden, so wurde auch die Häufigkeit der Eutertuberkulose in den einzelnen Bezirken des Landes mit der Tuberkulosesterblichkeit der Bewohner verglichen und ergab sich auch hier kein Parallelismus.

Ganghofner gelang zu folgender Auffassung: Wenn auch die Möglichkeit einer gelegentlichen Uebertragung von Rindertuberkulose auf den Menschen zugegeben werden muß, so ist bisher kein Beweis dafür beigebracht, daß eine solche Uebertragung häufig stattfindet. Weder die pathologisch-anatomischen Befunde noch die statistischen Erhebungen über das Verhältnis von Rinder- und Menschentuberkulose sprechen dafür, daß der Genuß von perlsuchtbazillenhaltiger Nahrung für die Entstehung der menschlichen Tuberkulose — insbesondere auch im Kindesalter — von irgendwie nennenswerter Bedeutung ist.

Diskussion:

Schloßmann (Dresden) spricht seine Freude darüber aus, daß seine Ausführungen von der vorjährigen Versammlung durch die Ergebnisse des Vortragenden eine Bestätigung erfahren haben. Auch im vergangenen Jahre hat er keinen Fall von primärer Tuberkulose des Darmtrakts gesehen. Eine sehr genaue Autopsie ist freilich notwendig.

IV. Sitzung am 28. September 1903, vormittag 9 Uhr.

Vorsitzender: Ganghofer-Prag.

21. Comby-Paris. Tuberculides cutanées.

Der Vortragende schlägt vor, die Bezeichnung Lichen scrofulosorum in Tuberculides cutanées umzuwandeln; denn es handelt sich tatsächlich um eine Miliartuberkulose der Haut. Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Koch haben mikroskopische Untersuchungen und Tierimpfungen (Meerschweinchen) jeden Zweifel an der tuberkulösen Natur dieser Krankheit beseitigt, deren klinische Symptome freilich allein schon für ihre Zugehörigkeit zur Tuberkulose sprachen. Der Lichen scrofulosorum hat nicht nur enge Beziehungen zu der Tuberkulose, sondern auch zu den Masern, welche dieselbe hervorrufen oder ihren Fortschritt begünstigen. Vortragender hat fünf Fälle beobachtet bei Kindern verschiedenen Alters unter den bekannten Erscheinungsformen. Bei allen Kindern waren auch andere tuberkulöse Herde (Drüsenschwellungen etc.) vorhanden, zum Teil durch die Autopsie bestätigt. Bei zwei Kindern folgte der Eruption Masern, bei zwei anderen Keuchhusten nach. Vortr. geht weiter auf die Rolle der

Masern ein, sie ist nach seiner Ansicht die eines „agent provocateur“, die Kinder haben schon mehr oder weniger lange an latenter Tuberkulose gelitten. Die Masern haben dann die Bazillen der alten Herde mobilisiert und das Resultat ist die „hämotogene“ Hauttuberkulose. Eine begünstigende Wirkung des Keuchhustens stellt sich Comby in gleicher Weise vor. Der Lichen scrofulosorum ist keine ernsthafte Erkrankung und heilt gewöhnlich von selbst aus, er hat aber den großen Wert eines sinnfälligen Zeichens einer versteckten tiefen Tuberkulose. Immer ist deshalb bei dieser Krankheit nach anderen tuberkulösen Affektionen zu fahnden und energisch allgemeine antituberkulöse Maßnahmen zu ergreifen gegen eventuelle Erscheinungen viszeraler Tuberkulose.

Diskussion:

Siegert-Straßburg stellt die Anfrage, ob die tuberkulöse Natur des vom Vortragenden besprochenen Hautleidens durch Tuberkulinreaktion bekräftigt worden ist. Auch wäre es wichtig, bei positiver Reaktion darauf aufmerksam zu machen, daß in den innern Organen versteckte tuberkulöse Herde sich befinden müssen.

Hochsinger-Wien kann aus seinen Erfahrungen berichten, daß der Lichen scrofulosorum in der besseren Privatpraxis absolut nicht vorkommt. Auch bei tuberkulösen Kindern in seiner Privatklientel hat er denselben nie gesehen, wohl aber bei Kindern der ärmeren Volksschichten, u. zw. besonders im Anschluß an Masern und Keuchhusten in Verbindung mit chronischen Lungenverdichtungen.

Comby-Paris führt in seinem Schlußworte aus, daß die diagnostische Verwertung der Tuberkulinreaktion oft sehr schwierig ist, weil die Kinder überhaupt fiebern. Er selbst hat es nur sehr selten in Anwendung gezogen, weil die Diagnose der Tuberkulose ohnehin sicher war und weil in einer Anzahl von Fällen die Diagnose einer viszeralen Tuberkulose durch die Autopsie bestätigt erschien.

22. Stoeltzner-Berlin: Farbenanalytische Untersuchungen an rachitischen Knochen.

Nach Stoeltzner färbt sich in frisch abgestorbenen rachitischen Knochen das verkalkte Knochengewebe weder mit sauren noch mit basischen Farben, das osteoide Gewebe dagegen intensiv mit sauren Farben und außerdem deutlich mit Fettfarbstoffen. In Alkohol oder Formalin fixierte, hierauf entkalkte und schließlich in Zelloidin eingebettete Objekte zeigen keine sichere farbenanalytische Differenzierung der osteoiden von der verkalkt gewesenen Substanz. Die Färbbarkeit des osteoiden Gewebes mit Fettfarben ist verschwunden. Die von Stoeltzner und Salge seinerzeit in den Knochen von mit Nebennierensubstanz behandelten Rachitisfällen gefundenen eigentümlichen „Kugeln“ hat Stoeltzner jetzt auch in einem Falle von nicht behandelter Rachitis angetroffen; diese „Kugeln“ sind vermutlich Artefakte, die erst im Verlauf der Präparation (Entkalkung und Zelloidineinbettung) entstehen.

23. Stoeltzner-Berlin: Die Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß.

Stoeltzner hat in drei mit Phosphor behandelten Fällen von Rachitis die Knochen histologisch untersucht. In keinem der Fälle ließ sich an den untersuchten Knochen eine Phosphorsklerose nachweisen, auch sprachen die histologischen Verhältnisse in keinem der Fälle für eine Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß. Da jedoch alle drei Fälle mit hochgradiger allgemeiner Atrophie und mit schweren Komplikationen verbunden waren, betrachtet Stoeltzner seine negativen histologischen Befunde nicht als Beweismittel gegen den Nutzen der Phosphorbehandlung der Rachitis schlechthin, von deren Wirksamkeit er im Gegenteil überzeugt ist. Stoeltzner zieht aus seinen Untersuchungen nur den einen Schluß, daß der Phosphor in schwer komplizierten Fällen von Rachitis wirkungslos bleibt, daß man also in solchen Fällen von der Verordnung des Phosphors Abstand nehmen kann.

24. F. Siegert-Straßburg: Die Erbllichkeit der Rachitis.

Die bisher gänzlich offene Frage, ob die Rachitis eine erbliche Erkrankung ist, entscheidet Siegert in bejahendem Sinne durch den Nachweis, daß unter ungünstigen sozialen Verhältnissen in den gleichen Massenquartieren bei übergroßer Kinderzahl sämtliche Kinder von Familien rachitisfrei bleiben oder erkranken, je nach fehlender oder überstandener Rachitis der Eltern, besonders der Mütter. Nur bei natürlicher Ernährung und nur wo schwere Erkrankungen der Verdauungs- und Atmungsorgane in den zwei ersten Lebensjahren fehlten, fanden sich sämtliche Kinder rachitisfrei.

Die Prüfung eines großen Materials führt den Vortragenden zu folgenden Schlüssen:

Die Heredität ist einer der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Rachitis. Sie wird hauptsächlich durch die Mutter vererbt. Sie tritt milder und später auf bei Brustkindern, nur in Ausnahmen vor dem dritten Lebensmonat. Aber auch schwerste Rachitisformen finden sich bei hereditär belasteten Brustkindern, während die natürliche Ernährung bei fehlender hereditärer Disposition das beste Schutzmittel gegen Rachitis bildet. Ungewöhnlich langes Stillen und hohes Alter der Mütter sind an und für sich keine direkten Ursachen der Rachitis. Die Infektion als ätiologisches Moment ist ausgeschlossen, soziales Elend und Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane sind nächst der Heredität die hauptsächlichsten Ursachen. Zahnung und statische Funktionen des Kindes sind von konstitutionellen, erblichen Einflüssen abhängig.

25. F. Siegert-Straßburg: Die rachitische Hand.

Vortragender bespricht die eigenartigen Veränderungen der Hand bei der Rachitis unter Demonstration zahlreicher Photographien und Radiogramme und bei gleichzeitiger Berücksichtigung der normalen Kinderhand und der bei Myxidiotie.

Typisch ist das verzögerte und unvollkommene Auftreten der Kerne der Karpalknochen und Epiphysen. Zuerst erkranken die Epiphysen der Ulna, dann des Radius, die distalen Enden der Metakarpen, die proximalen der ersten Phalangen, schließlich auch der zweiten und dritten Phalangen. Die rachitische Hand ist lang und schmal, die myxidiotische kurz und breit, in der Mitte steht die normale.

Nur bei reichlichem Fettgewebe, fehlendem Gewebsturgor und weitem Abstand der knöchernen Phalangen entstehen die typischen Perlschnurfinger durch Einschnürung aller Gelenke. Von einer Auftreibung der Phalangen ist niemals etwas vorhanden, diese sind im Gegenteil relativ schlank. Bei der Lues kommt unter gleichen Umständen die Bildung von Perlschnurfingern zustande, aber das Radiogramm zeigt die Bildung knöcherner Periostschalen, in denen der eigentliche Knochen liegt wie etwa eine Zigarrenspitze im Etui.

Gemeinsame Diskussion zu Stoeltzner und Siegert.

Rommel-München hebt die Wichtigkeit des Kalkstoffwechsels bei Rachitis hervor. Ein mit stark verdünnter Kuhmilch ernährtes Kind (z. B. $\frac{1}{4}$ Liter Milch + $\frac{1}{2}$ Liter Schleim pro Tag) bekommt zu wenig Kalk, n. zw. nur etwa 0.2 g (da in 1 Liter Kuhmilch etwa 1.6 g enthalten sind und nach Blauberg nur etwa 45% retiniert werden) gegenüber einem Kalkbedürfnis von 0.3 g (Forster). Man sieht häufig bei Kindern, welche mit sehr verdünnter Kuhmilch ernährt worden sind, Kraniotabes, ohne daß später rachitische Symptome auftreten. Rommel wirft die Frage auf, ob Kraniotabes immer zur Rachitis gehöre. Eine gestörte Kalkresorption können wir nach den Untersuchungen von Riedel und von Rey ausschließen. Vielleicht ist aber die Kalkausscheidung in den Darm gesteigert. Nach Rey ist bei erhöhter Kalkzufuhr die Ausscheidung in den Darm bei gesunden Kindern eine allmähliche, bei rachitischen eine schnelle und plötzliche. Rommel hat in Breslau einen Kalkstoffwechsel bei Ernährung mit Buttermilch gemacht und eine negative Kalkbilanz gefunden. Vielleicht ist hier wichtig das Säuremoment. Eine erhöhte Fettsäurebildung bedingt

vielleicht eine gleichfalls erhöhte Kalkausscheidung. Die Rachitis ist eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne des Wortes.

Hochsinger-Wien betont, daß er die von Stoeltzner angegebenen Färbungen nie angewendet hat, weil es ihm von Haus aus unwahrscheinlich war, daß natürliche Verhältnisse durch dieselben zur Anschauung kommen; vielmehr hat er immer mit Müllerscher Flüssigkeit entkalkt, durch welche ausgezeichnete Differenzierungen zwischen osteoidem und verkalktem Knochengewebe hervorgerufen werden. Die von Stoeltzner vorgeführten Präparate beweisen durchaus nichts gegen die Wirksamkeit der Phosphorbehandlung, da es sich um hochgradig atrophische, elende Individuen handelt, bei welchen keine genügende Gewebsreaktion mehr produziert werden kann. Daß die Rachitis nicht eine Ernährungskrankheit ist, geht daraus hervor, daß gerade die allerelendesten, von Haus aus atrophischen Säuglinge nicht rachitisch werden, hingegen glänzend genährte Brustkinder der Rachitis sehr häufig verfallen. Siegert gegenüber betont H., daß es zweifellos eine angeborene Rachitis gibt, und daß es nur darauf ankommt, wann man anfängt, bei einem Kinde Rachitis zu diagnostizieren. Aus den Röntgenbildern allein kann man nicht die Rachitis diagnostizieren; das müßten schon sehr vorgeschrittene Fälle sein. Die Rachitis beginnt an den Rippenknorpeln und bräucht anfangs an den Extremitäten noch keine radiographisch feststellbaren Veränderungen zu produzieren. Kraniotabes ist unter allen Umständen ein sicheres Symptom der Rachitis.

Was die Frage der Heredität anbelangt, so meint Hochsinger, daß bei einer Krankheit, von der man sieht, daß 80% sämtlicher Kinder der niederen Volksschichten sie besitzen, mit Sicherheit das hereditäre Moment nicht anerkannt werden kann. Immerhin wäre es denkbar, doch erblickt Hochsinger zwischen der festen Behauptung Siegerts von dem Vorliegen wirklicher Heredität bei Rachitis und seiner Negation der Möglichkeit einer angeborenen Rachitis einen Widerspruch.

Gernsheim-Worms spricht sich für die Heredität der Rachitis aus und zwar in 70–80% und meist von seiten der Mutter. Mit Bezug auf die Ernährung glaubt er an eine Intoxikation bei Rachitis. Die Rachitis bei Brustkindern wird durch Beikost gebessert. Fette Kinder neigen mehr zu Rachitis als dürrig genährte.

Rey-Aachen ist der Meinung, daß nicht so sehr die Rachitis selbst erblich sei als sich die Gewohnheiten, die Kinder zu ernähren, in den Familien forterben, und diese Gewohnheiten kämen meist von der Frau.

Feer-Basel meint, daß die Erblichkeit der Rachitis schwer zu beweisen sei, er hat nachgeforscht, wie es mit dem Vorkommen der Rachitis in der Höhe beschaffen sei. Er hat gefunden, daß sie nur bei Kindern von dort Eingewanderten vorkommt. Immunität gegen Rachitis gibt es nicht; gesunde, rachitisfreie Landleute bekommen, wenn sie in die Stadt ziehen, öfters rachitische Kinder. F. glaubt, das Vorkommen kongenitaler Rachitis noch nicht ausschließen zu sollen. Die anatomischen Verhältnisse sind noch unklar.

Rommel-München schlägt Nachforschungen vor, ob gut genährte Parvenukinder frei von Rachitis bleiben; das würde gegen die Erblichkeit sprechen. Es gibt keine Rachitis ohne eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne.

Stoeltzner (Schlußwort) gesteht der Heredität einen gewissen Einfluß auf das Entstehen der Rachitis zu, bestreitet aber das Vorkommen kongenitaler Rachitis. In der Demonstration von Siegert über die rachitische Hand bemerkt Stoeltzner, daß er bei stärkerer rachitischer Verbildung des Thorax in der Regel eine Verdickung der Nagelphalangen, ähnlich den bekannten Trommelschlägelfingern, gefunden hat. Die Ansichten von Rommel weist Stoeltzner mit Entschiedenheit zurück, da die ganze „Kalktheorie“ endgültig widerlegt sei, ebenso bestreitet Stoeltzner entschieden, Rey falsch zitiert zu haben. Daß die Kraniotabes zur Rachitis gehört, geht daraus hervor, daß man an den verdünnten Stellen immer abnorme Mengen von osteoidem Gewebe findet. Mit Hochsinger ist Stoeltzner im allgemeinen

einverstanden, gegen Gernsheim macht er geltend, daß die Fälle, in denen Zugabe von Beikost zur Brust auf die Rachitis günstig wirkt, jedenfalls Ausnahmen seien, da weit öfter das Umgekehrte statfinde. Daß durch äußere Verhältnisse eine Immunität gegen Rachitis vorgetäuscht werden kann, geht daraus hervor, daß wilde Tiere, so lange sie in der Freiheit leben, nie rachitisch werden, während in den zoologischen Gärten die jungen Tiere derselben Arten außerordentlich häufig an Rachitis erkranken.

Siegert (Schlußwort) weist im allgemeinen die Ausstellungen zurück und spricht sich dahin aus, daß es keine kongenitale Rachitis gibt. Es gibt keine Rachitis ohne Rosenkranz. Das Wort Intoxikation für die Ernährungsstörung einzusetzen, führt uns nicht vorwärts. Der Klimawechsel ist für die Disposition zur Rachitis von Wichtigkeit. Es gibt jedenfalls rachitisfreie Familien.

26. A. Köppen-Norden: Die tuberkulöse Konstitution.

Es ist vorauszusetzen, daß es ohne Tuberkelbazillen keine Tuberkulose gibt; man kann deshalb der Untersuchung nach dem Wesen der Tuberkulose die Frage zu Grunde legen: Wie verhält sich der menschliche Organismus dem eingedrunghenen Tuberkelbazillus gegenüber? Der Tuberkelbazillus ist ein sehr kleiner, sehr giftiger, sehr schwer resorbierbarer, lebens- und fortpflanzungsfähiger Fremdkörper. Will der Organismus sich seiner erwehren, so hat er seinen Angriff in erster Linie gegen die Giftigkeit zu richten. Der menschliche Organismus verhält sich gegen das tuberkulöse Gift ganz verschieden, je nachdem er tuberkulös ist oder nicht. Dies beruht auf der unterschiedlichen Lebensenergie der Zellen. Beim tuberkulösen Organismus ist die Empfindlichkeit erhöht, die Widerstandsfähigkeit erniedrigt, wo es sich um die Bekämpfung des tuberkulösen Giftes handelt. Ursprünglich ist die Lebensfähigkeit der Zellen durch verschiedene Einflüsse, welche als Disposition bezeichnet werden, herabgesetzt worden, wodurch das tuberkulöse Gift sich fortsetzen und vermehren konnte. Die Folge davon war, daß aus der allgemeinen Schwäche sich die Schwäche des Organismus gegen das tuberkulöse Gift sich entwickelte, was eben als tuberkulöse Konstitution bezeichnet wird. Nach Lamarck vererben sich solche erworbene Eigenschaften auf die Nachkommen. So tritt neben der erworbenen Konstitution die angeborene Konstitution in die Erscheinung. Für den Gang der Infektion treten alle anderen Faktoren wie Disposition, Anzahl und Giftgrad der Tuberkelbazillen der Konstitution gegenüber zurück. Daß die Tuberkulinreaktion nicht immer das Richtige anzeigt, kommt daher, daß dieselbe nicht eine Probe auf einen pathologisch-anatomischen Herd, sondern eine Probe auf die tuberkulöse Konstitution darstellt. Nicht die Pathologie, nicht die Bakteriologie, nicht die Chemie waren allein imstande, die Frage nach dem Wesen der tuberkulösen Konstitution zu beantworten, sondern die auf diese Einzelfächer gestützte klinische Beobachtung.

27. B. Bardach-Kreuznach spricht über Jodferratose, seine Zusammensetzung und Wirkung bei Skrophulose und Lues auf Grund von Beobachtungen, die er an einer größeren Reihe eigener und fremder im Elisabeth- und Victoriastift zu Kreuznach behandelter Kranken gewonnen hat. Die Schlußsätze lauten: I. Die Soolbäderbehandlung skrophulöser undluetischer Symptome wird durch die Zufuhr von Jodeisen auf wirksamste unterstützt. II. Die Jodferratose, auf Grundlage des Schmiedeberg'schen Ferratin synthetisch dargestellt, hat sich als vollgültiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inkonstant zusammengesetzten Syr. ferri jodati an zahlreichen Kreuznacher Kranken durchaus bewährt. III. Jodferratose ist als Antiskrofolosum besonders bei der lymphatisch-anämischen Form anzuwenden; sie kann dauernd und ohne Nebenwirkungen für Zähne oder Magen, ohne Jodismus angewendet werden; eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt nach den Ausführungen Schmiedebergs dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. In der Rekonvaleszenz von Lues fördert Jodferratose die durch die Hg-Kuren herabgesetzte Blutbeschaffenheit.

III. internationaler Kongreß für Thalassotherapie

in Biarritz am 19. bis 21. April 1903.

Soeben ist der 422 Seiten starke Bericht über die Verhandlungen (Imprimerie E. Seitz, Bayonne, rue Lormand 23) erschienen.

Das wesentlichste Interesse kommt dem Referat von A. Robin und M. Binet „Des effets du climat marin et des bains de mer sur les phénomènes intimes de la nutrition“ zu, welche auf Grund der Literatur und eigener Untersuchungen den Versuch machen, die Physiologie der Thalassotherapie aufzubauen und daraus die Indikationen und Kontraindikationen abzuleiten.

Daran schließen sich die Referate von Fiessinger „über den Einfluß des Aufenthaltes am Meeresufer und der Seebehandlung auf den Zirkulationsapparat“, von Lalesque über „die Wirkung der Seekur auf das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses“ und von Legrand über „die Behandlung der Lungentuberkulose in Biarritz“.

Die zahlreichen Einzelvorträge lassen sich in drei Gruppen einteilen, die eine beschäftigt sich vorwiegend mit klinischen Beobachtungen, mit dem Einfluß des Seeklimas auf bestimmte Erkrankungen, mit der Aufstellung von Indikationen und Kontraindikationen (Gaye, Houzel, Hamonic, Jocqs, Lavergne, Long-Savigny, Lamarque, Mendès, Sohn, Gutierrez), die zweite speziell mit der Tuberkulose (Guérolle-Leroux, Legrand, Calot, Pierre), die dritte mit den besonderen Vorzügen einzelner Kurorte. Die größten Meinungsdivergenzen bestanden bezüglich der Thalassotherapie der Tuberkulose. Die einen schließen die Tuberkulösen von der Behandlung im Seeklima vollständig aus, die anderen schicken gerade diese Kranken an die See, oder wenigstens bestimmte Formen von Tuberkulose, wieder andere halten nur einzelne Badeorte für geeignet, u. zw. gerade diejenigen, welche am wenigsten die charakteristischen Eigentümlichkeiten des Seeklimas zeigen.

Für den Kinderarzt sind von besonderem Interesse die Berichte von Camino über die Kinderheilstätte in Hendaye, von Dulau über die Heilstätte in Cap-Breton, die Vorträge von Barthès über „die Unterbringung unbemittelter kranker Kinder in Familien, die am Meeresufer wohnen“, von Gandy über „die Krankheiten der Luftwege bei Kindern und ihre Behandlung an der See“, von Long-Savigny über die „Indikationen für die Seekur bei Kindern“.

Keller.

XI. Congrès international d'hygiène et de démographie.

(Brüssel 2. bis 7. September 1903.)

Deuxième Section: Hygiène alimentaire; Sciences chimiques et vétérinaires appliquées à l'hygiène.

Vierte Frage, Pasteurisation der Milch: Bedingungen und technische Vorrichtungen für die Vernichtung pathogener Mikroorganismen in der Milch, ohne Schädigung der Qualität und des Wertes der Produkte.

Es wurden bis jetzt vier Berichte über diese Frage verteilt, welche von Tjaden (Bremen), Storch (Kopenhagen), Heureval und Mullie (Belgien) und H. v. Rothschild (Paris) stammen. Letzterer ist der einzige, der speziell die Ernährung im frühesten Lebensalter ins Auge faßt und sein besonderes Interesse dieser Frage zuwendet, weil er der Begründer einer „Consultation des Nourrissons“ an seiner Poliklinik ist.

Nach einer Definition der Pasteurisation beschreibt er die wichtigsten Apparate, die in den großen Etablissements, welche Paris und die großen Provinzstädte mit Milch versehen, in Gebrauch stehen. Der Autor ist der Ansicht, daß die Notwendigkeit, große Milchmengen in kurzer Zeit zu ver-

abreichen, daran schuld ist, daß man die Dauer der Prozedur oft zu sehr einschränkt und daß die Milch nicht länger als 2 bis 3 Minuten in den auf 70° erhitzten Apparaten verweilt.

Die Pasteurisation ist demnach unvollständig. In seinen weiteren Ausführungen schreibt der Referent die Einzelheiten der Prozeduren vor während und nach der Pasteurisation, u. zw. jene, welche mit der zur Ernährung bestimmten Vollmilch sowie mit deren Produkten: Rahm, abgerahmte Milch etc. vorgenommen werden. Er bespricht ferner die Entwicklung, welche das Verfahren in Frankreich genommen hat.

Bezüglich der durch die Pasteurisation hinsichtlich der Nahrungshygiene gewonnenen Ergebnisse bemerkt Ref., daß auch durch kurzdauernde Wärmeanwendung die Milch fast aseptisch gemacht wird. Das Verfahren kann als ein in hygienischer Beziehung nutzbringendes bezeichnet werden.

Leider werden die durch die Pasteurisation im großen erzielten Vorteile sehr oft illusorisch gemacht, u. zw.: 1. Durch Verunreinigung der Milch von seiten der Wiederverkäufer; 2. durch die hygienischen Uebelstände in den Milchläden. So wird die Milch von neuem infiziert und das betrügerische Vorgehen der Kleinhändler sind die Ursache von gastrointestinalen Störungen bei den Säuglingen, welche in Frankreich mehr als ein Drittel der infantilen Sterblichkeit verursachen.

Ref. gelangt zu dem Schlusse, daß diese Uebelstände am wirksamsten bekämpft werden können, wenn die großen Milchzentren der Großstädte, dem Beispiele anderer Industrieller folgend, eigene Milchdepots errichten, wo die Milch dem Publikum in versiegelten Flaschen verkauft wird.

Sixième section: Hygiène administrative. Prophylaxie des maladies transmissibles. Habitations ouvrières. Hygiène infantile.

Erste Frage: Regeln für die Ernährung im frühesten Lebensalter; Maßnahmen zur Verbreitung von Kenntnissen der Hygiene des Kindesalters, insbesondere der Vorschriften für die Säuglingsernährung in der Praxis; Schutz der Neugeborenen in der Gesetzgebung und Verwaltung.

Es wurden bisher drei Berichte über diese Fragen zur Verteilung gebracht, u. zw.:

I. Clerfayt (Mons), der folgende Thesen aufstellt:

1. Einführung eines besonderen Unterrichtes der genannten Gegenstände in den Mädchenschulen aller Grade, von der Primär- bis zur Normal- schule, insbesondere aber in den Haushaltungsschulen.

2. In sämtlichen Gemeinden soll eine Vorschrift über Ernährung und Hygiene der Neugeborenen an jene Parteien, welche einen Geburtsfall anmelden, zur Verteilung gelangen.

3. Verpflichtung der Verwaltungs- und Armenämter der größeren Städte, Konsultationen für Säuglinge einzurichten, zu welchem Zwecke denselben Geldbeiträge zur Verfügung zu stellen sind.

4. Die erforderlichen Regulative zu schaffen, durch welche von den Hebammen gefordert wird, daß sie die hygienische Erziehung der Familienmütter leiten.

II. Knöpfelmacher (Wien) bespricht die chemische Zusammensetzung der Milch und formuliert die folgenden Sätze:

1. Die Eiweißsubstanzen der Kuhmilch werden vom Säugling in nutzbringender Weise verwertet.

2. Die Eiweißsubstanzen der Kuhmilch und Frauenmilch sind nicht identisch.

Es geht dies aus künstlicher Verdauung in der Eprouvette sowie aus der natürlichen Verdauung des Säuglings hervor.

3. Diese Unterschiede genügen aber nicht zur Erklärung, warum in der Klinik Frauenmilch und Kuhmilch eine so verschiedenartige Wirkung zeigen. Man muß also die Ursache dieses Unterschiedes anderwärts suchen.

4. Versuche mit subkutanen Milchinjektionen zeigen, daß bei Säuglingen, welche arm an Ferment sind, das Kasein der Kuhmilch eine Reizwirkung auf die Darmepithelien auszuüben vermag.

5. Es bestehen Unterschiede zwischen den Fermenten der Frauenmilch und der Tiermilch.

6. Bei der künstlichen Ernährung des Kindes ist besonders darauf zu achten, daß die dargereicherte Nahrung genügend reich an potentieller Energie ist.

7. Sie darf aber nicht zu reich an Eiweißsubstanzen sein, denn das beste Mittel, den Eiweißbestand des Körpers beim Stoffwechsel zu bereichern, besteht nicht darin, den Eiweißgehalt der Nahrung zu steigern, sondern in der Hinzufügung anderer Substanzen, welche den Verbrauch dieser Eiweißstoffe einschränken.

8. Die beste Methode der künstlichen Ernährung ist jene, welche für die größte Anzahl von Säuglingen paßt. Im Hinblick darauf rät Ref. für den ersten Lebensmonat eine Nahrung, welche dieselbe Menge von Eiweißstoffen, Zucker, Fett und Salzen enthält, wie die Frauenmilch.

III. Budin (Paris) beantwortet der Reihe nach alle drei Punkte der gestellten Frage.

1. Er bespricht im einzelnen die bei der Ernährung im frühesten Lebensalter zu befolgenden Vorschriften: Ernährung durch die Brust, gemischte Ernährung, künstliche Ernährung, Ernährung während des zweiten Lebensjahres. Diese Indikationen sind so allgemein bekannt, daß eine Zusammenfassung derselben nicht erforderlich ist.

2. In Beantwortung des zweiten Punktes legt Ref. auf die Konsultationen für Säuglinge Gewicht, deren Geschichte er schildert; ebenso bespricht Ref. die Einrichtung der gegenwärtig in Frankreich bestehenden Anstalten dieser Art. Schließlich empfiehlt er Kurse und Vorträge über „Puerikultur“ für junge Mädchen, Mütter, Hebammen etc.

3. Bezüglich des dritten Punktes erinnert Ref. an die Verfügungen des Gesetzes vom 23. Dezember 1874 (Loi Roussel), welches sich auf die Ueberwachung der gegen Zahlung in Pflege gegebenen Kinder bezieht. Dieses Gesetz ist aber leider nicht genügend zur Anwendung gebracht worden.

Der Referent verweist auf die Durchführung des Gesetzes vom 19. Februar 1902, welches die Einsetzung einer Untersuchungskommission vorschreibt, wenn die Sterblichkeit in einer Gemeinde während drei aufeinanderfolgender Jahre die durchschnittliche Sterblichkeit Frankreichs überschreitet.

Der Referent empfiehlt die „Mutualités maternelles“, welche den Müttern die Ernährung der Säuglinge mindestens während der ersten Lebenswochen erleichtern.

Schließlich verkündigt und empfiehlt Ref. eine Reihe von Maßnahmen, bzw. Vorschlägen, welche geeignet sind, den Müttern und Kindern jenes Maß von Pflege zu gewährleisten, welches für dieselben unerläßlich ist.

Hendrix (Brüssel).

Besprechungen.

Koplik. *Diseases of Infancy and Childhood.* (Die Krankheiten des Säuglings- und Kindesalters.) (Lea, Brothers und Co., Philad. und New-York, 1902.)

Ein Handbuch über die Kinderkrankheiten aus der Feder dieses wohlbekannten Autors ist mit Freuden zu begrüßen, umso mehr als das Werk an Gründlichkeit und Umfang nichts zu wünschen übrig läßt. Die Abschnitte über Kinderernährung und die Infektionskrankheiten geben die reiche Erfahrung des Verf. wieder; alle die besten Quellen sind entsprechend gewürdigt; namentlich muß das reiche Literaturverzeichnis, bei den Handbüchern so

selten angegeben, Aerzten sowie Studierenden von größtem Nutzen sein. Außerdem wären noch hervorzuheben die Kapitel über die Erkrankungen der Brustorgane, namentlich die klare Darstellung der Therapie des Empyems und die ausführliche Beschreibung der Nervensystemerkrankungen, z. B. die verschiedenen Formen der Idiotie.

Die Ausstattung des Werkes ist musterhaft, die mannigfaltigen Abbildungen tragen zur Erläuterung des Textes nicht wenig bei. Das Buch muß im ganzen entschieden als eine der besten Leistungen auf diesem Gebiet angesehen werden.

Wachenheim (New-York).

Legrand. *Précis de médecine infantile. Alimentation. Prophylaxie des maladies contagieuses.* (Paris, Baillière et fils, 1903.)

In einem umfangreichen, einleitenden, mit statistischem Zahlenmaterial reichlich belegten Kapitel gibt der Verf. ein Bild von der fortschreitenden Depopulation in Frankreich und legt damit die Tendenz des vorliegenden Buches fest, Anleitungen zu geben, wie die andauernde Abwärtsbewegung der Bevölkerungszahl in Frankreich aufzuhalten sei. Legrand spricht es schon in dem Titel seines Buches aus, daß die Ernährung — des Säuglings und des älteren Kindes — und die Prophylaxe der Infektionskrankheiten die Punkte seien, wo die Tätigkeit des Arztes einzusetzen habe, um in der angegebenen Richtung Erfolge erzielen zu können. Dabei spricht er der natürlichen Ernährung der Säuglinge das Wort und widmet demgemäß diesem Kapitel sehr ausführliche Erörterungen, während die künstliche Ernährung des gesunden und besonders die des kranken Kindes fast nur andeutungsweise behandelt wird. Bezüglich der natürlichen Ernährung wird den Ausführungen des Verf. im großen und ganzen zuzustimmen sein, während beispielsweise bezüglich des Einflusses der Ernährung der Mutter oder Amme auf die Milchsekretion, des Ueberganges von Medikamenten in die Milch, der Zahl der Mahlzeiten, der Dauer der Laktation Anschauungen entwickelt werden, die in Deutschland nicht mehr geteilt werden dürften. Das gilt auch von der Beurteilung der Dentition für den Gesundheitszustand des Säuglings. Die Schwierigkeiten der künstlichen Ernährung des Säuglings werden richtig gewürdigt, doch hätte dies für den Verf. kein Grund sein dürfen, dieses Kapitel nur cursorisch zu behandeln und bei der Besprechung der Therapie sich zumeist mit der „ersten“ Ordination — der Wasserdiet — zu begnügen; denn es ist fraglos, daß auch nach dem Erscheinen dieses Buches noch nicht alle Mütter in Frankreich von der Zweckmäßigkeit der natürlichen Ernährung überzeugt sein werden. — Verf. macht nebenher Vorschläge über einige Fragen der sozialen Gesetzgebung (Schutz der arbeitenden Mütter und Unterbringung der Säuglinge), über die Verhütung der Eheschließung kranker Männer und Frauen, über die Hygiene der Milchversorgung etc.

Es folgen nun in der zweiten Hälfte des Buches, an der Hand der Schilderung der Klinik, Diagnose, Aetiologie und Verbreitungsweise der akuten und chronischen Infektionskrankheiten zur Prophylaxe dieser Affektionen Vorschläge, die sich in allgemein anerkannten Geleisen bewegen und durchwegs zweckentsprechend sind.

Weigert (Breslau).

Fr. Zollinger. *Bestrebungen auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege und des Kinderschutzes.* (Zürich, Verlag: Art. Institut Orell Fübli; mit 103 Figuren im Text und einer größerer Zahl von Illustrationen.)

Verf., Sekretär der Erziehungsdirektion des Kantons Zürich, legt dem schweizerischen Bundesrat einen Bericht über das in der Pariser Weltausstellung gebotene einschlägige Material vor, welches er an der Hand der Literatur und gestützt auf die Resultate von pädagogischen Studienreisen im Auslande ergänzt.

Der erste Teil orientiert speziell über die Pariser Ausstellung und die vier in Paris abgehaltenen internationalen Kongresse (Primarschule, Mittelschule, pädagogische Presse, physische Erziehung.)

Der zweite Teil behandelt die Schulgesundheitspflege und Schulhaus, Unterricht, ärztliche Schulaufsicht.

Der dritte Teil umfaßt das Gebiet des Kinderschutzes: öffentliche Fürsorge für dürftige Kinder in Paris, öffentliche Fürsorge für uneheliche Kinder, sozialpädagogische Bestrebungen mit vorwiegend privatem Charakter.

Im Anhang werden photographische Reproduktionen von den Proben der vom Bund erworbenen Lehrpläne für den Knabenhandarbeitsunterricht und Illustrationsproben aus schweizer, deutschen, französischen und amerikanischen Schulbüchern vorgelegt.

In dem 303 Seiten starken Werk ist eine große Menge von verschiedenartigem Material (auch historischen Notizen) zusammengetragen, so daß es jedem, der sich für Fragen der Schulgesundheitspflege und des Kinderschutzes interessiert, zu empfehlen ist.

Keller.

Robert Kronfeld. *Die Zähne des Kindes.* (Verlag von Arthur Felix, Leipzig 1903.)

Das Buch soll den Zweck erfüllen, den Hausarzt darüber zu belehren, was die Zahnheilkunde im Kindesalter zu leisten berufen ist. In den ersten vier Kapiteln findet sich alles wünschenswerte über Anatomie, Durchbruch und Wechsel der Zähne. Sehr erfreulich berührt es im Gegensatz zur Behandlung dieser Frage durch Graser (Lehrbuch der speziellen Therapie von Penzoldt und Stintzing, Bd. IV, S. 79), daß er dem Dentitionsaberglauben schroff entgegentritt. Im 5.—6. Kapitel werden die Erkrankungen der Kinderzähne und ihre Beziehungen zur Konstitution — letzteres in Anlehnung an Neumann — besprochen. Sehr interessant sind die Spuren, die Erkrankungen in den ersten 3—4 Jahren an den bleibenden Zähnen durch Entwicklungshemmung hinterlassen. Im

6. Kapitel werden die verschiedenen Formen unregelmäßiger Stellung der Zähne und die verschiedenen Bißformen ausführlich dargelegt und die ungünstige Beeinflussung der verschiedenen Stellungen durch Krankheiten, schlechte Gewohnheiten und zu frühzeitige Extraktionen von Zähnen gezeigt. Namentlich wird wiederholt vor Extraktion des ersten Molaris vor Erscheinen des zweiten gewarnt, die bei Raummangel im Kiefer dann erst segensreich wirkt. Ausführliche Besprechung der orthopädischen Apparate zur Beseitigung fehlerhafter Zahnstellungen und Kieferformen. Beste Zeit zur Anwendung derselben 12. bis 16. Lebensjahr. Die Prophylaxe der Zahnkrankheiten gipfelt in dem Worte Millers, daß man beim Zähneputzen auch den Verstand brauchen solle. Allgemeine Angaben über die Leistungen des Plombierens und ausführliche Darlegung der Extraktionstechnik. Es ist selbstverständlich, daß Verf. energisch für frühzeitige konservative Behandlung der Milchzähne eintritt.

Göppert (Kattowitz).

Dérué et Laurent. *Manuel de gymnastique éducative et corrective.* (Paris, Armand Colin 1902.)

Das Buch zerfällt in zwei Abschnitte. Der erste ist bestimmt, den günstigen Einfluß gewisser turnerischer Uebungen auf die Muskulatur und auf fast alle Funktionen des gesunden menschlichen Organismus zu zeigen. Die Uebungen sind mit einer bewundernswerten Breite geschrieben und jede einzelne Phase fast jeder Uebung ist illustriert. Die Exerzitien bestehen in Armbeugen und -strecken, in Kniebeugen und -strecken und weichen überhaupt in nichts von unseren bekannten, einfachsten Freiübungen ab.

Der zweite Teil ist der Beeinflussung pathologischer Veränderungen des Körpers gewidmet, insbesondere der Behandlung der Rückgratsverkrümmungen mit aktiven und passiven Bewegungen, mit Widerstandsbewegungen, Suspension etc. Auch die hier erteilten Vorschriften beschränken sich auf die einfachsten Maßnahmen und werden so gewiß keinen Schaden stiften, zumal Erkrankungen des Zentralnervensystems, die die Affektion bedingen, und Pott'scher Buckel mit Abszeß als Kontraindikation gelten.

Weigert (Breslau).

Moritz Schmidt. *Die Krankheiten der oberen Luftwege.* Dritte, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 182 Abbildungen im Text und 7 Tafeln. 955 Seiten. (Berlin 1903, Verlag von Julius Springer. Preis Mk. 18.—.)

Das Werk hat schon in seinen beiden ersten Auflagen so allgemeine Anerkennung gefunden, daß eine Empfehlung überflüssig erscheint. Jedes Kapitel zeigt uns, daß das Buch „für die Praxis aus der Praxis“ geschrieben ist.

In der Anatomie ist die Innervation des Kehlkopfes nach den Untersuchungen Grabowers wesentlich geändert, in der Physiologie die Frage des Nervus recurrens. Auch die Kapitel Tuberkulose und Diphtherie enthalten wichtige Neuerungen; wesent-

lich umgeändert sind ferner die Abschnitte über die Physiologie der Schilddrüse, über Syphilis, Aortenaneurysmen, Lepra, sonstige Hautkrankheiten und die Arzneiexantheme, ganz neu hinzugefügt. ist der Abschnitt über die Erkrankungen der Thymusdrüse.

Keller.

Georg Klemperer. *Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik.*

Herausgegeben von v. Leyden. II. umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Georg Klemperer. I. Bd. (Leipzig 1903. Verlag von Georg Thieme.)

Um das Werk, welches sich in seiner ersten Auflage bereits allseitig anerkannte Bedeutung erworben hat, seinem eigentlichen Zwecke, der Darstellung der Diätetik als Heilfaktor, noch mehr anzupassen, hat der neue Herausgeber die Beschreibung der Nachbargebiete der diätetischen Therapie (Krankenpflege, physikalische und medikamentöse Behandlung) gänzlich fortgelassen. Demzufolge sind die in der ersten Auflage von Liebreich, Senator und Mendelsohn verfaßten Kapitel weggefallen und der Umfang des ersten Bandes ist um mehr als 100 Seiten verringert worden. Die Kapitel „zur Geschichte der Ernährungstherapie“ (Petersen), „Physiologie der Nahrung und Ernährung“ (Rubner), „Allgemeine Therapie der Ernährung“ (v. Leyden, Klemperer, v. Leube), „Diätetische Kuren“ (F. A. Hoffmann) scheinen im großen und ganzen nicht wesentlich geändert, aber vielfach ergänzt.

Dem Kinderarzte wird ein Vergleich unserer Ernährungstherapie mit der beim Erwachsenen üblichen und vielfach erprobten Therapie viele Anregung bieten. Die Begründung der Ueberernährung beim Kranken zur Hebung der Kräfte und zur Förderung der Genesung (v. Leyden) wird immer wieder unser Interesse in Anspruch nehmen.

Wesentlich umgearbeitet ist das Kapitel „Allgemeine Therapie der Ernährung“ von Friedrich Müller, welcher selbst die neueste Literatur, auch pädiatrische, berücksichtigt. Speziell dieses Kapitel sei erneutem Studien empfohlen.

Keller.

INHALT. Originalmitteilungen. Keller. Ueber Erfolge und Organisation der deutschen Seehospize 357. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** Frankl. Verschluß der Nabelarterien 365. — Mosse und Grünbaum. Pathologie des Blutes 365. — Bernstein. Immunität nach Blattern 366. — Roth. Coffein 366. — Hönigschmied. Thigenol 366. — Hoffmann. Kleinkinderpflege 367. — Engel. Kinderkrankenwagen 367. — Foster. Das Kind 367. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.** Foveau de Courmelles. Die Rolle der manuellen Arbeit 368. — Battistini. Märsche im Gebirge 368. — **Ernährung und Stoffwechsel.** Friedjung und Hecht. Katalytische und fermentative Funktionen der Milch 368. — Hutinel. Gastroenteritis 369. — Knox. Sommerdiarrhöe 370. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** Schamberg.

Varizellen 370. — *Wright*. Mumps 370. — *Friedländer*. Rheumatismus 370. — *Rommel*. Henoch'sche Purpura 370. — *Williams*. Influenza 370. — *Verstraete*. Tetanus 371. — *Méry*. *Churchill*. *Richardière*. Typhus 371. — *Dillingham*. Röteln 372. — *Gilman*. Aphasie bei Masern 372. — *Aubertin*. Hasenknopf und Salge. *Palier*. *Mc Clanahan*. Scharlach 372. — *Heubner*. Scharlach- und Diphtherienephritis 373. — *Labbé*. Urinuntersuchungen bei Scharlach und Diphtherie 374. — *Aubinière*. Prolongierte Diphtherie 375. — *Shurley*. Intubation 375. — *Schablowski*. Tuberkulöse Gelenkentzündungen 375. — *Mac*. Cerebrospinalmeningitis 375. — *Taylor*. Polienccephalomyelitis 376. — *Weil*. Kinderlähmung 376. — *Friedlung und Hecht*. Apoplektiformer Insult 376. — *Variot*. Pseudobulbärparalyse 377. — *Stolper*. Entbindungslähmung 377. — *Heubner*. *Breton*. Barlowsche Krankheit 377. — *Föllinger*. Spasmus nutans 378. — *Variot*. Angeborene Cyanose 378. — *Greene*. *Torney*. Kongenitaler Stridor 378. — *Silberstein*. Fötale Knochenkrankungen 379. — *Kamann*. Thoracopagus tetra-brachius 379. — *Arnheim*. Persistenz des Ductus Botalli 379. — *Haymann*. Hasenscharte 379. — *Amberg*. Riga'sche Krankheit 380. — *Urban*. Blutung nach Tonsillotomie 380. — *Kos*. Trachom 380. — *Morse*. Otitis media 380. — *König*. Ohrenuntersuchungen in der Dorfschule 381. — *Springer*. Schädelnekrose 381. — *Zavola*. Osteomyelitis 382. — *Sussini*. Sehnen-transplantation 382. — *Erra*. Angeborene Hüftgelenksluxation 382. — *Rebentisch*. Ileus 382. — *Kelley*. Pseudohydronephrose 382. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.** *Papacassilion*. Kinderspital in Athen 383. — *Hopfengärtner*. Kinderklinik in Berlin 383. — *Bresset*. Dispensaire 383. — Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland 384. — *Becker*. Walderholungsstätten 384. — *Delmas*. Seehospize 385. — *Keller*. Isolierung Infektionskranker 385. — **Uebersicht der ungarischen pädiatrischen Literatur.** — **Berichte.** Bericht über die Tagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der LXXV. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel 389. — III. internationaler Kongreß für Thalassotherapie 407. — XI. internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie 407. — **Besprechungen.** *Koplik*. Diseases of infancy and childhood 409. — *Legrand*. Précis de médecine infantile 410. — *Zollinger*. Bestrebungen auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege und des Kinderschutzes 411. — *Kronfeld*. Die Zähne des Kindes 411. — *Déruié et Laurent*. Manuel de gymnastique éducative et corrective 412. — *M. Schmidt*. Die Krankheiten der oberen Luftwege 412. — *Klemperer*. Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. I. Bd. 413.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby Czerny Johannessen Marfan Mya
Manchester Breslau Kristiania Paris Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

November

Band II. Nr. 8.

Sammelreferat über die Arbeiten aus der Milchchemie

nebst eigenen kleinen Beiträgen.

Von R. W. Raudnitz, Prag.

H. Laessig. Fortschritte auf dem Gebiete der Milchwirtschaft.
6. Ausg. (Leipzig 1903. M. Heinsius Nachf. M. 3.—.)

A. Touret. Le lait et son industrie. (Paris 1903. Vigot frères.)

H. Wick. Die Kuhmilch etc. (Neuwied 1903. Heuser. M. —60.)

R. W. Raudnitz-K. Basch. Chemie und Physiologie der Milch.
(Wiesbaden 1903. J. F. Bergmann.)

Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesund-
heit. (Hamburg 1903. C. Boysen. M. 6.—.) Enthält:

Kirchner. Die Hauptphasen der geschichtlichen Entwicklung des
Molkereiwesens in den letzten Jahrzehnten.

H. Mohr. Statistisches über Rindviehhaltung und Milchwirtschaft.

W. Stödter. Grundzüge der Milchhygiene.

Noll. Fütterung des Milchviehes.

F. Glage. Die schädlichen Wirkungen der Krankheiten der Milch-
kühe, der Verabreichung bestimmter Arzneien und einer ungeeigneten
Fütterung mit Bezug auf die Beschaffenheit der Milch.

W. Helm. Die Tiefkühlung der Milch als Grundlage der hygienischen
Milchversorgung.

G. H. Sieveking. Ueber Einrichtung und Betrieb von Milch-
handlungen.

Derselbe. Welche Rolle spielt die Milch bei der Verbreitung von
Typhus, Diphtherie und Scharlach?

Th. Rosatzin. Milch und Tuberkulose.

C. Hagemann. Milchkonservierungsmittel und deren Gesundheits-
schädlichkeit.

Edlefsen. Säuglingsmilch und Milchpräparate.

v. Ohlen. Kindersterblichkeit und Milchversorgung.

W. Weichardt. Die Behandlung der Milch im Haushalt.

Lochte. Ueber Käsevergiftung.

Kister. Ueber die durch Mikroorganismen bedingte Gesundheits-
schädlichkeit der Butter und anderer Milchprodukte.

Weigmann. Die Saprophyten der Milch und ihre Beziehungen zur
Milchwirtschaft und zum Molkereigewerbe.

H. C. Plaut. Die pathogenen Mikroorganismen in Milch und Milchprodukten.

Eichloff. Chemie der Milch.

Zink, Chemische Analyse der Milch.

H. de Rothschild. Le lait. (Paris 1903. Doin.)

L. L. van Slyke - E. B. Hart. N. y. agric. exp. stat. Geneva. Bulletin Nr. 214. Juli 1902.

Kieler milchw. Vers.-Stat. im Landw. Jahrb. XXXI. Ergänzungsbl. IV. S. 152. 1903.

Rosemann. D. m. W. 1903. Nr. 5. Vereinsbeil. (Greifsw. medizin. Verein. 6. Dez. 1902.)

Emil Fischer - E. Abderhalden. Ztschr. f. physiol. Ch. XXXIX. 81. 1903.

Emil Fischer. Dass. 155.

E. Abderhalden. (1) Dass. XXXVII. 484. 1903.

E. Abderhalden. (2) Dass. 506. 1903.

A. Oswald. Hofm. Beitr. III. 514. 1903.

G. Rotondi. Sperimentale. LVI. 1902.

M. C. Tebb. Journ. of physiol. XXX. 31. 1903.

B. J. Wilenkin. Petersb. Diss. 1903. Bioch. Ztrbl. I. 618.

Erich Meyer. (1) Der Eiweißgehalt der Frauenmilch. Berl. Diss. 1902.

Fr. Kutscher - H. Steudel. Ztschr. physiol. Ch. XXXVIII. 46. 1903.

A. Schloßmann. Ztschr. f. physiol. Ch. XXXVII. 337. 1903.

Klein-Kirsten. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 145. 1903.

Werenskiöld. Hals. Gregg. Beretrn. om stat. kem. Kontrolst. Kristiania 1902. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 118. 1903.

A. Menozzi. Atti R. Accad. Lincei. (5) XII. 126. 1903.

F. Landolph. Rev. d. l. Soc. med. Argentina. X. 880. 1903.

Droop. Richmond. Analyst. XXXVII. 240. 1902.

C. S. Hudson. Ztschr. f. physik. Ch. XLIV. 487. 1903.

Utz. (1) Milchztg. XXXI. 822. 1902.

K. Zulkowski - F. Cedivoda. Chem. Ind. XXVI. 1, 2. 1903.

Nobécourt-Mercklen. Presse méd. 1902. Nr. 103, 104.

Neumann-Wender. Oest. Chem.-Ztg. 1903. Nr. 1.

A. Jolles. Ztschr. f. Biol. XLV. 248. 1903.

Bach-Chodat. (2) Ber. D. chem. Ges. XXXVI. 1756. 1903.

Abelous-Ribaut. C. r. CXXXII. 95. 1903.

Utz. (2) Milchztg. XXXII. 129. 1903.

M. Siegfeld. Ztschr. f. angew. Ch. 1903. Nr. 32.

Bach-Chodat. (1) Biochem. Ztrbl. 1903. Nr. 11, 12.

Erich Meyer. (2) Münch. med. Wehschr. 1903. Nr. 35.

J. E. Saul. Brit. med. J. 1903. 21. März.

C. S. Douglas. Lancet. 1903. 4. Juli.

Utz. (3) Chem.-Ztg. XXVII. 300. 1903.

F. Wirthle. Dass. 432.

Lauterwald. Milchztg. XXXII. 241, 262. 1903.

Utz. (4) Dass. 1903. Nr. 27.

J. Zink. Dass. 193, 211.

C. Arnold - C. Mentzel. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 548. 1903.

K. Aso. Bull. Agric. Coll. Tokyo. V. 481. 1903.

Ch. Gillet. J. physiol. et path. gén. V. 503. 1903.

F. Pastrovich - L. Ulzer. Ber. D. chem. Ges. XXXVI. 209. 1903.

Pozzi-Escot. C. r. CXXXVI. 1146. 1903.

A. Desmoulières. J. pharm. chim. (7) XVII. 232. C. r. CXXXVII. 135. 1903.

A. Miele-V. Willen. C. r. CXXXVII. 135. 1903.

M. Klimmer. Ztschr. f. Tiermed. VI. 189. 1902. Arch. f. Kinderh. XXXVI. 1. 1903.

W. A. Stocking jr. Ztrbl. f. Bakt. XXXIII. Ref. 275. 1903.

B. Meyer. Hospitalstidende. 1903. Nr. 4.

J. Langer. Ztschr. f. Heilk. 1903. H. 5.

- C. Stäubli. Ztrbl. f. Bakt. XXXIII. 375. 1903.
H. Hotz. Physikalisch-chemische Untersuchungen über Kuhmilch.
Zürich, Diss. 1902.
Oker-Blom. Skand. Arch. f. Physiol. XIII. 359. 1902.
A. Lam. Chem.-Ztg. XXVII. 280. 1903.
Bordas-v. Raczkowski. C. r. CXXXVI. 56. 1903.
Gagnoni. Riv. d. clin. pediatr. 1903. Nr. 3.
L. F. Rettger (1) Am. J. of physiol. VI. 450. 1902.
Derselbe. (2). Dass. VII. 325. 1902.
Utz. (5) Milchztg. XXXII. Nr. 23. 1903.
G. Klemperer. Berl. med. Ges. 11. März 1903.
W. Silberschmidt. D. med. W. 1903. Nr. 27, 28.
F. Sidler. Arch. f. Hyg. XLVII. 327. 1903.
Hittcher. Königsb. land. u. forstw. Ztg. 1902, S. 19. Deutsche
Molkereiztg. 1902, Nr. 11.
Bischoff. Arch. f. Hyg. XLVII 68. 1903.
M. Grégoire. C. r. soc. biol. LV. 431. 1903.
O. Buchinger. Ueber den Einfluß des Pepsins auf die elektrische
Leitfähigkeit der Milch. Gießener Diss. 1902.
F. W. Tunnicliff. J. of hyg. II. 445. 1902.
V. Henri-Larguier des Bancel. C. r. soc. biol. LV. 789. 1903.
S. Korschun. Ztschr. f. physiol. Ch. XXXVII. 366. 1903.
M. Javillier. Bull. soc. chim. XXIX—XXX. 693. 1903. C. r. CXXXVI.
1013. 1903.
R. Rapp. Ztrbl. f. Bakt. 2. IX. 625. 1902.
Fuhrmann. Hofm. Beitr. III. 417. 1903.
H. M. Vernou. J. of physiol. XXIX. 302.
E. Fuld. Fühlings landw. Ztg. LI. 14. H. 1903.
M. Arthus. C. r. soc. biol. LV. 795. 1903.
A. S. Loevenhart. Amer. J. of physiol. VIII. 1903.
Uhlenhuth. D. med. W. 1903. Nr. 5. Vereinsbeil.
E. Fuld. Hofm. Beitr. III. 523. 1903.
F. Obermayer-E. Pick. W. kl. W. 1902. Nr. 22.
P. Th. Müller. Ztrbl. f. Bakt. XXXIV. 48. 1903.
A. Schloßmann-E. Moro. Münch. med. Wchschr. 1903. Nr. 14.
V. Houdet. Laiterie. Berl. Molkereiztg. 1902. Nr. 37.
L. Moermann. Bull. assoc. belg. d. chim. XVI. 147. 1901. Chem.
Ztrbl. 1902. 138.
J. Dolgich. Landw. Inst. Halle. 1902. 16. H. Ztrbl. f. Agrikulturch.
XXXII. 617. 1903.
Cl. Schulte-Bäuminghaus. Mitt. d. landw. Inst. Breslau. II. 25.
Ztrbl. f. Agrik. Dass. 477.
Ad. Harnoth. Dass. 71. Dass. 550.
A. J. Swaving. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 97. 1903.
S. Paraschtschuk. Ber. d. physiol. Labor. u. Vers.-Anst. d. landw.
Inst. Halle. XVI. 117. 1902.
Beckmann. D. Med. Ztg. 1903, 465.
E. v. Freudenreich-J. Thöni. Landw. Jahrb. d. Schweiz. 1903.
Meade Ferguson. Götting. philos. Diss. 1902.
F. C. Harison. Ztrbl. f. Bakt. 2. IX. 206. 1902.
J. Hohl. Dass. 338.
Th. Gruber. Dass. 785.
Pittius. Milchztg. 1903. 371.
O. Spring. Wrzb. Diss. 1901.
H. Weigmann. Arb. d. Vers.-Stat. f. Molkerei. Kiel. 2. H. (Leipzig
1903. M. Heinsius Nachf. M. 3.—.)
W. Hesse. Ztschr. f. Hyg. XLII. 175. 1903.
W. Rullmann. Ztrbl. f. Bakt. 2. IX. 658. 1902.
G. Schweitzer. Dass. X. 501. 1903.
Ad. Jolles. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. V. 1198. 1902.
M. Siegfeld. (2) Dass. VI. 259.

- M. Siegfeld. (3) *Dass.* 397. 1903.
 C. Beger. *Chem.-Ztg.* 1903. Nr. 56.
 R. Windisch. *Ztschr. f. landw. Vers.-W.* i. Oest. VI. 633. 1903.
 E. Ujhelyi. *Milchztg.* 1903. Nr. 34.
 Trillat-Forestier. *Bull. soc. chim.* XXIX—XXX. 286. 1903.
 Revis-Moore. *J. of path., anat. and bact.* VII.
 S. Székely. *Arch. f. Kinderh.* XXXVI. 1.—2. H. 1903.
 Marpmann. *Milchztg.* 1903. S. 472.
 M. Kämnitz. *Dass.* 580.
 E. Klein. *Journ. of hyg.* I. 78.
 J. S. Fulton. *Dass.* 422.
 D. S. Davies. *Dass.* 388.
 A. Newsholme. *Dass.* II. 150.
 G. Dean-Ch. Todd. *Dass.* 194.
 Fr. Prölss. *Vj. öff. Gesundheitspfl.* XXXIV. 446. 1902.
 K. Ekholm. *Ztschr. f. klin. Med.* II. 90. 1903.
 R. Behla. *Klin. Jahrb.* X. 245. 1902.
 R. Ehrström. *Ztsch. f. klin. Med.* II. 377. 1903.
 L. B. Stocking. *Am. J. of physiol.* IX. 138. 1903.

Bekanntlich hat H. v. Rothschild eine *Bibliographia lactaria* erscheinen lassen, zu der Nachträge herauskommen. Weit vollständiger, was die neue Literatur betrifft, sind die uns vorliegenden Fortschritte auf dem Gebiete der Milchwirtschaft von H. Laessig, welche für das Jahr 1900 allein 106 Oktavseiten Literatur enthalten. Dieselben sind jetzt einseitig gedruckt, so daß der Fachmann sie noch besser wie früher benützen kann. Von Gesamtwerken über die Milch liegt mir das Büchlein von Touret vor, eine recht mäßige Kompilation, wie sie in Frankreich häufig gedruckt werden. Ein für den Landwirt berechnetes Büchlein rührt von Wick her.

Vom Referenten und K. Basch sind kritische Zusammenstellungen in den „Ergebnissen der Physiologie“ und besonders im Buchhandel erschienen. Aus Anlaß der Hamburger Ausstellung ist die ausgezeichnete Sammelschrift: „Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit“ herausgegeben worden, und endlich hat H. v. Rothschild seine im Institut Pasteur gehaltenen Vorträge über Pasteurisation, Sterilisation, Analyse und Fälschungen der Milch erscheinen lassen.

Eiweißkörper.

Van Slyke und Hart haben eine irrtümliche, längst zurückgewiesene Anschauung wieder aufgenommen. Bekanntlich hat Scheele (1780) die Säurefällung der Milch — das Kasein — als wasserunlösliche Verbindung des Käsestoffes mit der betreffenden Säure angesehen, weil er in der Molke einer mit Salpetersäure gefällten Milch keinen Salpeter nachweisen konnte. Die letzten Vertreter dieser Irrlehre waren Millon und Commaille (1865), während zuerst Rochleder (1843) und später Hammarsten (1877) nachwiesen, daß z. B. das durch Schwefelsäure gefällte und genügend gereinigte Kasein keine Schwefelsäure enthält. Die amerikanischen Autoren betrachten nun offenbar — ohne sich aber

darüber vollkommen klar zu werden — die Säurefällung der Milch als ungesättigtes (mono-acid) Kaseinsalz, die Lösung des Kaseins in der betreffenden Säure als gesättigtes (di-acid) Salz der Säure. Sie gelangten zu dieser Schlußfolgerung durch ein für Milchchemiker unerklärliches Uebersehen. Sie versetzten Milch mit überschüssiger Salzsäure, fällten mit Kalziumpikrat und titrierten im Filtrate die ungebundene Säure. So fanden sie, daß 1 g Kasein 15·6 bis 15·9 cm³ $\frac{n}{10}$ Salzsäure binde, vergessen aber, daß etwa die Hälfte

der Säure von der Basis des Käsestoffes, d. h. von Kalk gebunden wurde. Indem sie anderseits auf dieselbe Weise den Kochsalz-extrakt von Käse behandeln, der offenbar in NaCl gelöstes Parakasein — also ohne Basis — darstellt, finden sie, daß 1 g Parakasein nur 7·83 cm³ Zehntelsäure bindet. Auf diesem Irrtum bauen sie weiter. Außerdem enthält ihre Arbeit Angaben über die salzlöslichen Bestandteile des Käses, worunter wohl die Salzlöslichkeit des Parakaseins zu verstehen ist. Auch diese Versuche sind derart angestellt, daß sie keine klaren Ergebnisse liefern.

Die Kieler milchwirtschaftl. Versuchsstation veröffentlicht vorläufig ihre Forschungsergebnisse über die Vorgänge bei der Labgerinnung von Kaseinkalklösungen. Danach entstehen aus 100 Teilen Kasein 76·26 Parakasein und 23·74 Molkeneiweiß (ebenso Basch 1896); bei CaCl₂-Zusatz erscheint die Menge des ersteren größer. Im Serum und in der Labmolke roher Milch soll 1 Molekül Dikalziumphosphat auf 1 Molekül Monokalziumphosphat treffen, also durch die Labung keine Veränderung vor sich gehen, dagegen sollen im Serum gekochter Milch 2 Moleküle Dikalziumphosphat 1 Molekül Monokalziumphosphat, in der Labmolke derselben 3 Moleküle Dikalziumphosphat 1 Molekül Monokalziumphosphat gegenüberstehen. Es sei auch mir gestattet, einiges aus meinen Untersuchungen über die Labwirkung vorläufig mitzuteilen. Vor allem muß ich die im ersten Referat mitgeteilten Fällungsgrenzen des Parakaseins (ich) und des Molkeneiweißes (P. Th. Müller) gegenüber Ammonsulfat dahin richtigstellen, daß sich die Sache gerade umgekehrt verhält, wie Müller und ich angaben. Die Fällungsgrenzen des Parakaseins, d. h. des aus gelabter Kaseinnatriumlösung mittels Säure ausgefällten Körpers, der in 3%iger Lösung mit Chlorkalzium sofort einen dicken Niederschlag gibt, liegen zwischen 3·6 und 5·2 (Opaleszenz bei 0·2, von 0·4 bis 1·4 hell, 1·6 bis 3·4 stärker opaleszent, von 5·2 bis 6·8 im Filtrate durch Essigsäure Fällung, von 7·0 bis 7·2 nur Opaleszenz, von 7·4 an klar). Dagegen liegen die Fällungsgrenzen des phosphorhaltigen Gemisches, welches nach der Ausfällung des Parakaseins zurückbleibt und außer dem etwaigen Molkeneiweiß Bestandteile der Lablösung, vielleicht auch Kaseinnatrium enthält, zwischen 2·6 und etwa 6·0. (Die Fällungsgrenzen der Eiweißkörper der Lablösung liegen zwischen 3·0 und 6·4, aber von 2·6 an Opaleszenz.) Die Eigentümlichkeit der Parakaseinalkali-Lösung, daß sich bei 0·2 eine Opaleszenz zeigt, welche bei 0·4 nicht mehr auftritt, wiederholt

sich bei Kochsalzsättigung, indem hier bei 0·2 und 0·4 Opaleszenz vorhanden ist, welche bei 0·6 verschwindet. Selbst Sättigung mit NaCl fällt nicht. Daraus schließe ich, daß Alexanders (1898) Beobachtungen über die Opaleszenz von Kaseinalkalilösungen bei 1·2 bis 2·0 Ammonsulfatsättigung nicht auf eine Beimengung z. B., wie Wroblewski (1898) meinte, auf Opalisin, sondern auf die Löslichkeit in Neutralsalzen zu beziehen sei. Es bildet sich, so vermute ich, beim Zusammenbringen von Kasein- und Parakaseinalkali mit Neutralsalzen zum Teile eine Lösung von Kasein, bzw. Parakasein in den letzteren, welche bei einem bestimmten Konzentrationsgrade der Salzlösung ausfällt, bei höheren sich überhaupt nicht bildet. Mein vollkommen aschefreies Parakasein enthielt an 15% N, aber nur 0·66 bis 0·84% P, also eben so viel wie Kasein. Es muß aber dieser Punkt, der mit Baschs (1896) Angaben (1·3% P) in grellem Widerspruch steht, noch eingehend untersucht werden. Mein Parakasein band in etwas unter $\frac{1}{2}$ %iger Lösung (1:250) 3·6% Na₂O, wäre also eine stärkere Säure als Kasein. Beim Trocknen von Parakasein bis zu 115° spaltet es sich wie das Kasein in einen laugelösliehen und in einen in Lauge nur wenig quellenden Körper. Neutrale Parakaseinnatrium-Lösungen trüben sich — entgegen Kaseinnatriumlösungen, was im Widerspruch zu W. A. Osbornes (1901) Angabe steht — nicht beim Kochen, dagegen tun dies Parakasein-Kalklösungen, ohne jedoch zu gerinnen, was Fuld (1902) angab. Doch dürfte die Konzentration von großem Einflusse sein. Versetzt man je 2 cm³ einer $\frac{1}{2}$ %igen Parakaseinkalklösung mit 1 bis 8 cm³ $\frac{n}{1}$ CaCl₂, füllt mit Wasser bis 10 cm³ auf,

so ist nach 24 Stunden nur in den Proben 1 bis 6, nicht aber in 7 und 8 ein Niederschlag entstanden. Frisch gefälltes Parakasein ist in 1·35% NaCl-Lösung zu 0·06, in 6·7%iger zu 0·086, in 13·5%iger zu 0·02% löslich.

Rosemann will die Streitfrage entscheiden, ob der Käsestoff in der Milch gequollen oder gelöst sei. Zu diesem Zwecke bestimmte er die Gefrierpunktserniedrigungen, welche durch Kochsalzzusatz in Wasser, Milch, Thonzellenfiltrat der Milch hervorgerufen werden. Ist der Käsestoff nicht gelöst, so muß er, wie die suspendierten Milchkügelchen, einen bestimmten Raum einnehmen, in welchen das Kochsalz nicht eindringt. Die Gefrierpunktserniedrigung muß also eine höhere sein, weil das Kochsalz nicht in dem gesamten Volumen, sondern in dem um das Volumen des Käsestoffes verringerten Raume gelöst ist. Tatsächlich betrug die Gefrierpunkterniedrigung bei Lösung in Wasser je nach der Konzentration 0·593 bis 0·587°, bei solcher in Milch 0·634 bis 0·663°, in Thonzellenserum 0·592 bis 0·610°. Daraus berechnet Rosemann, daß die 3 g Käsestoff den Raum von 2·81 cm³ einnehmen. Bei Lösung von Kochsalz in Kaseinkalklösung wurden ähnliche Werte, bei Lösung in Frauenmilch derartige erhalten, daß Rosemann daraus schließt, daß 1% Käsestoff der Frauenmilch denselben Raum einnehme wie 3% Käsestoff der Kuhmilch. Allein, wie ich schon

bei der Diskussion in Karlsbad bemerkte, die interessanten Ergebnisse Rosemanns lassen noch eine andere Deutung zu. Alle Kaseine sind in Kochsalzlösungen (1 und 5%) leicht löslich, das Frauenkasein anscheinend leichter, obzwar darüber keine Untersuchungen vorliegen. So würde sich ein Teil der Befunde auf andere Weise erklären lassen. Außerdem ist die Gefrierpunktniedrigung in einem Gemische keine im vorhinein scharf bestimmbare Funktion der Molenmenge, wie dies zuweilen irrtümlicherweise angenommen wird. Daß aber der Käsestoff, wie er in der Milch vorhanden ist, zum Teil aus hydrosolisiertem Kasein besteht, scheint aus Sackurs in unserem ersten Referate zitierter Arbeit hervorzugehen. Jedenfalls wird die in Aussicht gestellte Fortsetzung der Rosemannschen Untersuchungen an anderen sicher gelösten Eiweißkörpern die Entscheidung über obige Einwürfe bringen.

Die Abbauprodukte des Kaseins hat Emil Fischer zum Teile mit Abderhalden weiter untersucht. Bei der tryptischen Verdauung erhält man keine α -Pyrrolidinkarbonsäure, sondern einen polypeptidartigen Stoff, welcher erst bei der Hydrolyse durch kochende Salzsäure jene, ferner Phenylalanin, Leucin, Alanin, Glutaminsäure, Asparaginsäure, vielleicht auch Diaminosäuren liefert. Diese Tatsache, welche auch an anderen Eiweißkörpern wieder gefunden wurde, spricht gegen Cohnheims Annahme, daß die Eiweißkörper im Darm bis zu Aminosäuren zerspalten und vom Organismus aus denselben wieder aufgebaut werden. Fischer hat ferner Serin und Oxypyrrolidin-Karbonsäure aus Kasein gewonnen. Abderhaldens (1) Untersuchungen der Abbauprodukte der einzelnen Eiweißkörper gestatten eine vorläufige Vergleichung ihrer Zusammensetzung mit jener des Kaseins. Wir wählen das Globin zum Vergleiche.

Kerne der Fettreihe	Globin	Kuhkasein
Alanin	4.2%	?
Leuzin	29%	40—50%
Asparaginsäure	4.4%	?
Glutaminsäure	1.7%	10—30%
Arginin	5.4%	5%
Lysin	4.3%	6%
Histidin	11%	2.6%
Zystin	0.3%	0.08%
Glykokoll	3%	0
Serin	0.6%	0.5%
Aromatische Kerne		
Phenylalanin	4.2%	3%
Tyrosin	1.3%	4.6%
Heterozyklische Kerne		
α -Pyrrolidinkarbonsäure	2.34%	3.2%
Oxy- α -Pyrrolidinkarbonsäure	1.04%	0.23%
Tryptophan	?	1.5%
Phosphorsäure	0	3.2%

Derselbe (2) konnte entgegen Jolles aus Kasein keinen Harnstoff gewinnen. Oswald hat ein Jodkasein mit 1.43 bis 13.45% Jod dargestellt.

Rotondi hat die peptische und tryptische Verdauung von Kuh- und Frauenkasein — beide nach Hammarsten, also ohne Erwärmung der Frauenmilch, dargestellt — mit jener des Fibrins verglichen, ohne zwischen den beiden Kaseinen Unterschiede zu finden. Die Kaseine lösen sich bei der peptischen Verdauung schwerer, bei der tryptischen leichter als Fibrin. Ich möchte ersteres auf das Säurebindungsvermögen der Kaseine zurückführen.

Bisher war es fraglich, ob das Laktalbumin sich vom Serumalbumin unterscheide. Tebb scheint die Verschiedenheit erwiesen zu haben. Ersteres wird durch 65% (vollständig erst bei 80 bis 85%) Alkohol, letzteres durch 50% gefällt. Der Niederschlag mit Salpetersäure gibt heiß filtriert eine beim Abkühlen trüb werdende Lösung, welche sich beim Erwärmen wieder klärt. Eier- und Serumalbumin liefern nichts ähnliches. Dabei enthält die Milch keine Albumosen. Dagegen werden durch Aether weder Lakt- noch Serumalbumin gefällt. In Kaseinkalklösungen beginnt die Fällung bei 40% Alkohol, ist aber bei 90% noch nicht vollständig.

Wilenskin hat das von Danilewsky (1901) gefundene angeblich neue Eiweiß der Kuhmilch weiter untersucht. Das Milchserum — ob Tonzellenserum oder Säuremolke ist aus dem vorliegenden Referate nicht zu entnehmen — wird durch Ammoniak gefällt, wobei natürlich Erdphosphate und allenfalls mitgerissene Eiweißkörper ausfallen. Letztere sollen aus einem, die Millonsche Reaktion gebenden mit 52.4 C, 8.4 H, 7.2 N und 4 S und einem dieselben nicht gebenden mit 47.1 C, 7.2 H, 9.5 N und 0.6 S Albuminoide bestehen. In der vorliegenden Form lassen sich diese merkwürdigen Angaben nicht beurteilen.

E. Meyer (1) hat in 6 Frauenmilchen 1.025 bis 1.397% Gesamteiweiß gefunden, indem er die Kjeldalzahl mit 6.25 multiplizierte. Als Mittelzahl aus 31 Bestimmungen nimmt er 1.04 an. Die Nukleone Siegfrieds sind wohl endgültig begraben. Das sogenannte Carniferin aus Muskeln haben Kutscher-Steudel als ein Gemisch nachgewiesen, welches auch Fleischmilchsäure und Bernsteinsäure enthält. Den Verbrennungswert von 1 g Gesamtstickstoff bestimmte Schloßmann aus Frauenmilch zu 4167, Kuhmilch 3878, Ziegenmilch 3879, Eselsmilch 3859 Kalorien. Er wiederholt bei dieser Gelegenheit seine von Munk (1893) und Söldner (1896) widersprochene Angabe, daß das Ritthausensche Verfahren alle stickstoffhaltigen Substanzen aus Frauenmilch fälle.

Fett.

Klein-Kirsten und Werenskiöld-Hals-Gregg haben die Zusammensetzung des Kuhmilchfettes unter dem Einfluß der Laktationsdauer, des Futters und der Jahreszeit verfolgt. Für uns scheint mir daraus das Wichtigste, daß Grünfutter den Gehalt an flüchtigen Fettsäuren — also jenen Bestandteil des Kuhmilchfettes, welcher dasselbe vom Frauenmilchfett unterscheidet — erhöht. Schloßmann bestimmte den Verbrennungswert des

Milchfettes der Frau zu 9392, der Kuh 9318, Ziege 9241, Eselin 9227.

M e n o z z i hat die optische Identität des Cholesterins aus Milch mit jenem aus Galle erwiesen.

K o h l e h y d r a t e.

L a n d o l p h s Angaben über das angeblich zweite Kohlehydrat der Milch liegen mir jetzt in einer ausführlicheren Form vor. Sie zeigt, daß ihm die Fehlerquellen der polarimetrischen Zuckerbestimmung ganz unbekannt waren. Mit dem Laktosin ist es also nichts. Das gleiche ist wohl der Fall mit D r o o p - R i c h m o n d s Mitteilung, wonach der Milchzucker der Frauenmilch ein anderes Drehungs- und ein geringeres Reduktionsvermögen besäße als jener aus Kuhmilch.

Auf diese Weise hat R i c h m o n d schon einmal zusammen mit P a p p e l (1890) in der Büffelmilch einen besonderen Zucker, die Tewfik Pascha zu Ehren benannte Tyufikose, finden wollen. Die Ursache der Multirotation der Milchzuckerlösungen findet C. S. H u d s o n in der Herstellung des Gleichgewichtes



Nach U t z (1) tritt bei Kochen von 10 Milch mit 0.1 Resorzin und 1 cm³ Salzsäure immer die S e l i w a n o f f s c h e Reaktion ein, was auf den Milchzucker oder auf Spaltung des Milchzuckers in Galaktose und Dextrose zu beziehen ist.

S a l z e.

Für das Verhältnis von Kalkphosphaten und Zitraten in der Milch sind die Untersuchungen über den Abbau der Kalkphosphate durch Zitate von Z u l k o w s k i - C e d i v o d a von Bedeutung.

F e r m e n t e.

Die Fermente der Milch haben noch immer zu der größten Anzahl von Veröffentlichungen den Anlaß gegeben. Zusammenfassende Übersichten lieferten N o b é c o u r t - M e r c k l e n und N e u m a n n - W e n d e r. (Ich korrigiere bei dieser Gelegenheit die Angabe N e u m a n n s, daß nach R a u d n i t z Rhodankalium die Globulinoxidase, aber nicht die Superoxydase in ihrer Wirksamkeit hemme.)

J o l l e s hat die Menge der in der Frauenmilch vorhandenen Superoxydase nach einem auch von mir erprobten (1901), aber als ungenügend erkannten Verfahren bestimmt, indem er die unzerstetzt gebliebene Menge Hydroperoxyd jodometrisch titrierte. Wie ich selbst, fand er, daß Frauenmilch Wasserstoffsuperoxyd rascher zerlegt als Kuhmilch. Ich habe diesen Befund auf die Alkalinität der ersteren bezogen, J o l l e s aber glaubt, daß die Frauenmilch mehr Superoxydase enthalte, weil Zusatz von 2 cm³ ⁿ/₁₀ Essigsäure zu

10 cm³ Frauenmilch scheinbar ohne Einfluß blieb, während ebenso viel Salzsäure deutlich hemmte. Nach Jolles wäre Verdünnung von steigerndem Einfluß. Freilich hat er erst nach zwei Stunden untersucht, während ich die Geschwindigkeit der Reaktion bestimmte. Nach zwei Stunden sind feinere Unterschiede, wie z. B. Wirkung von Salzen, Verdünnung usw. nicht mehr zu erkennen. Für die Abhängigkeit der Menge zersetzten Hydroperoxyds von der Konzentration des letzteren, welche auch Jolles beobachtete, habe ich in der oben angeführten Zusammenstellung einen zahlenmäßigen Beitrag geliefert: die zersetzte Menge steigt absolut, fällt aber prozentisch mit steigender Konzentration.

Die Existenz der Reduktase (Philothion) wollen Abelous-Ribaut wenigstens für das Fluorextrakt der Pferdeleber nicht anerkennen, weil das gekochte gleichfalls H₂S entwickelte und bei 125° mehr entwickelt wurde als bei 45°. Sie haben sich offenbar von der Schwefelwasserstoff-Entwicklung beim Kochen der Eiweißkörper täuschen lassen, denn nach meinen Versuchen gibt gekochte Milch die Philothionreaktion nicht. Die Nichtidentität der Reduktasen mit der Superoxydasen haben Bach-Chodats (2) aus einem Extrakt aus Leber erwiesen. Die Scharldingersche Reaktion, welche ich auf die Reduktase beziehe (s. I. Sammelreferat) haben Utz (2) und Siegfeld nachgeprüft. Letzterer kann sie für die Praxis nicht empfehlen. Mit Rücksicht auf den Nachweis einer Erhitzung der Milch wurden die verschiedenen Reaktionen der Globulinoxydasen (Peroxydasen) studiert.

Theoretisch von großer Wichtigkeit für die Erkenntnis der Globulinoxydasereaktionen, wenn sie auch nicht eben mit Milch angestellt worden sind, sind die Arbeiten Bach-Chodats (1) und Erich Meyers (2). Beide fanden, die ersteren an Pflanzenextrakten, letzterer an Eiter, durch Alkoholbehandlung, daß die Globulinoxydasen von den Eiweißkörpern vollkommen befreit werden können. Es ist deshalb die von Abelous-Biarnès herrührende Bezeichnung fallen zu lassen, und ich werde künftighin von Peroxydasen sprechen.

Meyer hat ferner angegeben, daß die aus Eiter gewonnene Peroxydase die durch Kochen verloren gegangene Wirkung auf Guajaktinktur durch Zusatz von Hydroperoxyd wieder gewinnt. Diese Angabe, welche auf Beziehungen zu einer älteren Brückeschen Beobachtung (1890) hindeutet, gilt, wie ich mich überzeugte, nicht für Milch.

Saul und Douglas haben als neues Reagens o-Metaminophenol und Hydroperoxyd verwendet, das von Utz empfohlene Ursol hat sich dagegen als unreines p-Phenylendiamin erwiesen.

Statt des Hydroperoxydes hat Utz (3) Ammonpersulfat, BaO₂ + 2KHSO₄, K₂C₂O₆ versucht. Mit Rücksicht auf meine Bemerkung im ersten Sammelreferat über den betrügerischen Zusatz von Rhodanaten — Siegfeld meint freilich, die Milchproduzenten würden keinen Massenmord begehen wollen und also die Rhodanfälschung nicht versuchen; die Rhodanate sind aber ungiftig —

hat Utz angegeben, daß Rhodanate wohl die p-Phenylendiamin- und die Jodkleister- H_2O_2 -, nicht aber die Ursolreaktion hemmen. Wirthle hat sofort erkannt, daß die Rhodanate die Reaktion nur dann nicht hemmen, wenn sie zuerst durch überschüssiges Peroxyd zerstört worden sind.

Lauterwald fand, daß, entsprechend meinen Angaben, ein Zusatz von 0.08 pro mille Rhodanammonium die Ursolreaktion hemmt. Utz (4) gibt jedoch an, daß ein nicht mehr erhältliches Ursol die oben behauptete, merkwürdige Besonderheit zeigte.

Zink hat die Reaktion mit Guajaktinktur und Guajakazeton geprüft und die in kleinen Mengen begünstigende, in großen jedoch vernichtende Wirkung eines Zusatzes von Hydroperoxyd beobachtet. Letztere auch Siegfeld aufgestoßene und ihm unerklärliche Tatsache habe ich schon im ersten Sammelreferat erklärt. Siegfeld untersuchte eine ganze Reihe von Reaktionen und empfiehlt die Storchsche Reaktion aber mit Dimethyl-p-phenylendiamin. Arnold-Mentzel erprobten p-Diäthyl-p-phenylendiamin und p-Diamidodiphenylenamin-Hydrochlorid.

Bach-Chodat haben die Nomenklatur der Oxydasen dadurch vermehrt, daß sie offenbar die Aldehydasen mit den wahren Oxydasen identifizieren und beide zusammen als Oxygenasen bezeichnen. Dagegen hat von der Bläuung der Jodkaliumstärke durch Pflanzensäfte, von der ich im ersten Referate sprach, Aso nachgewiesen, daß sie wenigstens in einem Falle auf Nitrite zu beziehen sei. Aso kehrt sich, wie ich, gegen die Identifizierung mit den Peroxydasen.

Gillet teilt die den Lesern zum Teile schon bekannten Untersuchungen über Milchlipase ausführlich mit, keimfreie Frauenmilch ist ebenso wirksam wie die mit *Staphylococcus albus* verunreinigte. Dieser selbst entwickelt weder in sterilisierter Milch noch in Bouillon Lipase. Das gleiche gilt für den aureus, und doch sind es nur diese beiden, welche sich in steril gewonnener Frauenmilch vorfinden. Kälte zerstört das Ferment nicht, wohl aber Erhitzung von 60° an. Alkalizusatz befördert, Säurezusatz hebt die Fermentwirkung auf. Fluoride, Chloroform, Benzol, Aether schwächen dieselbe. Das Ferment dialysiert nicht und geht kaum durchs Porzellanfilter. Es wirkt auch, wenn die Luft durch Leuchtgas oder Wasserstoff ersetzt wurde. Es wirkt nicht auf Mono-, Di- und Triazetin und Klauenöl. Im Kolostrum ist es weniger wirksam ($1.4 \text{ cm}^3 \cdot \frac{n}{200}$ NaOH gegen 2.9 cm^3 der reifen Milch. Titration nach

Arthur J. d. physiol. et d. path. gén. 1902). Es findet sich auch in Esels- (0.9), Kuh- (0.6) und Ziegenmilch (0.2), wirkt aber nicht nach Neutralisation der Milch (wie neutralisiert?).

Im übrigen verhalten sich diese wie Frauenmilch. Es ist also das Ferment vorläufig nur als Monobutyrylase zu bezeichnen.

Auf Verunreinigung durch Milchlipase ist vielleicht die Angabe von Pastrovich-Ulzer zu beziehen, daß Kaseinzusatz

die Spaltung der Fette befördere. (Ein Gegenversuch mit gekochtem Kasein wurde nicht ausgeführt.)

Daß die Salolase kein eigentliches Ferment sei, ging schon aus Moros (1902) Angabe hervor, daß sie durch Kochen vernichtet werde. Ihre Nichtidentität mit den Lipasen geht daraus hervor, daß Rizinussamen Aethylbutyrat energisch spalten, nicht aber Salol (Pozzi-Escot). Die Nichtfermentnatur der Milchsalolase haben Desmoulières und Miele-Willen hervorgehoben. Wenn gekochte Frauenmilch weniger Salol spalte, so beruhe das nach letzteren darauf, daß die Azidität durch das Kochen pro Liter von 45 auf 72 cm³ Zehntellauge steige. (Kuhmilch zeigt nach dem Kochen ein geringeres Basenbindungsvermögen. R)

Alexine.

Den Alexinen der Milch habe ich im ersten Referat keinen Raum gegeben. Es sei deshalb, den bisherigen Stand der Frage zusammenfassend, Folgendes vorausgeschickt. Trotz der gegen- teiligen Befunde von Honigmann (1893) und Moro (1901) scheint alle Milch ein geringes bakterizides Vermögen zu besitzen, das jedoch vorwiegend bei niederen Wärmegraden zum Ausdruck gelangt. Von Bedeutung ist Honigmanns Hinweis, daß durch Verdünnung des Blutserums auf das fünffache, wodurch eine der Frauenmilch im Gesamteiweißgehalt gleiche Flüssigkeit erhalten wird, das bakterizide Vermögen desselben dem Nachweise verloren geht. Also bedarf es nicht Moros Annahme, daß die Bakterio- zidine in der Milch vielleicht mit dem Kaseinmoleküle verbunden sind und erst im kindlichen Organismus frei werden. Auch Klimmer findet, daß Esels-, Kuh- und Frauenmilch Koli- und Typhusbazillen nicht abtöten, doch hat er erst nach 16, beziehungs- weise 24 Stunden untersucht, während sich das bakterizide Ver- mögen bei Bruttemperatur nur in den ersten Stunden geltend macht. Auch Stocking will die angebliche Bakteriozidie nur auf das Absterben jener Kleinwesen zurückführen, welche auf Milch keinen passenden Nährboden finden. Die Arbeit B. Meyers findet sich schon in Nr. 2 referiert. Blutagglutinine hat Langer in der Frauenmilch in nahezu derselben Konzentration, im Kolostrum jedoch in sieben- bis neunmal stärkerer wie im Blute der be- treffenden Frau nachgewiesen. Was andere normalerweise vor- kommende Alexine betrifft, so hat bekanntlich Szydlowski (1892) ein Antilab gegen Tierlab in der Frauenmilch wahrscheinlich ge- macht, während Ziegenmilch kein solches enthält (Morgenroth 1899). Dagegen gehen in die Milch alle unter experimentellen oder pathologischen Bedingungen im Blute vorhandenen Schutzstoffe über, u. zw. sprechen die Versuchsergebnisse von Salomonsen- Madsen (1897) ausschließlich für die Transsudation der Anti- toxine, während der besondere Reichtum an Agglutininen auf eine Beteiligung der Drüsenzellen hinweist. So hat neuestens Stäubli Typhusagglutinine in die Milch von Meerschweinchen übergehen

gesehen, u. zw. sogleich nach dem Wurf in einer den Serumgehalt des Blutes übersteigenden Menge. (Gegenversuche mit Kolostrum nicht immunisierter Tiere hat er nicht angestellt.)

Physikalisches.

Sehr schöne, mannigfache Fragen beleuchtende Untersuchungen hat Hotz in Koeppes Laboratorium angestellt. Abrahmen hat eine Zunahme der Leitfähigkeit zur Folge, der Einfluß auf die Gefrierpunktserniedrigung ist nicht gleichmäßig. Ersteres erklärt sich daraus, daß die Fettkügelchen die Wanderung der Ionen hemmen und durch Reibungserscheinungen und Oberflächenattraktion ihre Wanderungsgeschwindigkeit vermindern. Letzteres rührt davon her, daß beim Entrahmen nicht bloß Fett entzogen wird, sondern auch die ganze Zusammensetzung der Milch geändert wird (Kreusler, Kern und Dahlen 1875). Anderenfalls müßte die Gefrierpunktserniedrigung immer eine größere sein als in Vollmilch. Durch Aufbewahrung im Kühlraum steigen gewöhnlich I und Δ , durch Kochen erfahren beide eine Abnahme, was nach Söldners (1888) Untersuchungen zu erwarten war. Labmolke zeigt denselben Gefrierpunkt wie die entsprechende Milch, ihre Leitfähigkeit ist natürlich (wegen Ausfallens des Parakaseinkalkes) größer. Das Verhalten des Gefrierpunktes spricht aber entschieden dafür, daß ein Teil der Kalkphosphate im vorhinein suspendiert und nicht, wie Vaudin (1894) meint, in den Zitraten und im Milchzucker gelöst sei.

Durch Verdünnung der Molke sinken I und Δ nicht entsprechend derselben, was dafür spricht, daß die gleiche Erscheinung bei Vollmilch auf Dissoziation der gelösten Salze, nicht aber, wie Söldner (1888) annahm, auf Lösung suspendierter Kalkphosphate beruht. Durch Säuerung steigen natürlich I und Δ .

Bei der Trypsinverdauung sinkt, wie gleichzeitig Oker Blom fand, die Leitfähigkeit zuerst (Bildung der Albumosen und Peptone), um nachher wieder anzusteigen (Bildung der Amidosäuren). Δ nimmt natürlich stetig zu, u. zw. bei sterilisierter Milch viel mehr, woraus Hotz schließt, daß durch das Sterilisieren das Kasein in einen labileren Zustand übergeführt wird, wodurch es leichter in seine Spaltungsprodukte zerfällt.

Lam findet, daß bei Milch mit hohem Fettgehalt der Gefrierpunkt in den ersten Stunden ansteigt, um nach 16 Stunden wieder zu fallen.

Kochen.

Bordas-v. Raczkowski haben die von Baginsky (1883) vermutete Zersetzung der Lezithine beim Kochen nachgewiesen. Durch 30 Minuten auf freiem Feuer bei 60° gehen 14%, bei 80 bis 95° um 28%, bei eben so langem Kochen im Wasserbade um 12%, beim Sterilisieren im Autoklaven (105 bis 110°) um 30% verloren. Das gleiche scheint Gagnoni beobachtet zu

haben. Rettger (1) und Utz (5) haben den Nachweis der Schwefelwasserstoff-Entwicklung beim Kochen erbracht, u. zw. spalten nach Rettger sowohl Kasein als Laktalbumin Schwefel ab.

Rettger (2) läßt die Milchkügelchen die Hautbildung beim Kochen höchstens begünstigen. Die Kochhaut beginnt bei 40° zu entstehen und ist dann in Kalkwasser löslich, ihre Lösung koaguliert durch Lab — also handelt es sich um Kasein, nicht um Kaseinkalk. Die bei über 60° entstehende Milchhaut ist dagegen in Kalkwasser nicht löslich. Auch unter einer Wasserstoff- oder Kohlensäureatmosphäre entsteht die Kochhaut.

Klemperer gab an, daß sich aus gekochter Milch mehr leicht abspaltbarer Ammoniak gewinnen läßt. Silberschmidt findet, daß je höher die zur Sterilisation angewendete Temperatur war, umso später die Gerinnung durch Koli, Streptococcus pyogenes, Proteus eintritt, während die Peptonisation durch Pyocyanus, B. mesentericus, B. oedema maligni keine Verzögerung erfährt. Wird Milch 60 Minuten auf 110 bis 120° erhitzt, so kommt es überhaupt nicht zur Bildung sichtbarer Gerinnsel. Auch im Magen gerinnt auf 60 bis 120° erhitzt gewesene Milch langsamer, wie sich Silberschmidt durch Magenausspülungen überzeugete.

Er bezieht das — obzwar ja die bekannte Veränderung gekochter Milch bei der Labgerinnung hinreicht — auf ein stärkeres Säurebindungsvermögen gekochter Milch, welches Sidler entgegen Courants Angaben (1891) mittels Salzsäure auf Kongopapier nachgewiesen hat. Während 20 cm^3 rohe Milch 5.1 cm^3 $\frac{n}{5}$ HCl banden, brauchten sie nach fünfminütlichem Kochen bei 100° 5.7 , nach $5'$ auf 120° 6.1 , nach $60'$ auf 100° 6.2 , nach $60'$ auf 120° 5.7 . Courants Angabe war bisher unerklärt und mir immer verdächtig. Ich möchte Sidlers Angaben nicht bloß auf den Verlust an Kohlensäure beziehen.

Hitcher hat durch 10 Wochen 6 Kälber mit roher, 21 mit auf 98° erhitzter Milch genährt u. zw. von letzteren 7 ohne Zusatz, 6 mit 10 cm^3 20% iger Kochsalzlösung, 3 mit 1 cm^3 40% iger CaCl_2 -Lösung, 3 mit 2 g Kalziumzitrat, 2 mit 3 cm^3 12% $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$. Zur Erzeugung von 1 kg Körpergewicht wurde gebraucht:

bei roher Milch		11.11 kg Milch
„ gekochter Milch		10.82 „ „
„ „ „	+ NaCl	10.45 „ „
„ „ „	+ CaCl_2	13.40 „ „
„ „ „	+ Zitrat	11.06 „ „
„ „ „	+ $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$	12.18 „ „

Gefrieren.

Ueber das Gefrieren der Milch hat Bischoff Untersuchungen angestellt, in denen er einerseits das geringe bakterizide Vermögen der Milch nachwies, anderseits die schon von Eugling (1885), Siegfeld (1899) beobachteten Flocken untersuchte.

Nach 14tägigem Frieren lösen sich dieselben noch beim Kochen und bei halbstündigem Erwärmen auf 65°, dagegen nicht durch fünfstündiges auf 37°. Nach einmonatlichem Eiszustande löst sich nur mehr ein Teil der Flocken, nach dreimonatlichem fast gar nichts derselben beim Kochen. Sie enthalten 74% Wasser, 12% Eiweiß, 7% Fett und 2% Asche. Da er dieselben auch in Chloroformmilch beobachtete, so dürfte es sich um denselben Befund handeln, den Meissner (1880) und Salkowski (1888) erhoben hatten, und ersterer auf ein in der Milch vorhandenes Labferment bezog.

Umikoffsche Reaktion.

Grégoire hat die Umikoffsche Reaktion bei einer Frau während reichlicher Menses zweimal verschwinden gesehen. Mit welchem Rechte er dies auf einen geringeren Eisengehalt der Milch bezieht, ist ganz unerfindlich, da die Reaktion auf der Anwesenheit von Milchzucker und Zitronensäure beruht (Sieber 1900).

Pepsin- und Trypsinverdauung.

Die Veränderungen der Leitfähigkeit der Milch unter dem Einflusse des Pepsins hat Buchinger gleichfalls bei Koeppe bearbeitet. Dieselbe steigt natürlich an, doch ist in den vorliegenden Versuchen ein großer Teil der Steigerung auf die Säuerung zu beziehen, dabei ist dieselbe auch bei der peptischen Verdauung von Kaseinflocken in Wasser wahrzunehmen, fehlt aber bei jener von saurer Molke. Ausdehnung der Versuche auf Acidkaseinlösungen wäre wünschenswert. Tunncliff findet, daß Kuh- und Frauenmilch in vitro gleich verdaulich gegen getrennte Pepsin- oder Trypsinwirkung wären. Läßt man aber nacheinander erstere 1, letztere 3 Stunden einwirken, so wird von Frauenkasein 75%, von Kuhkasein 47% verdaut.

Auch Henri-Larguier benützten die Veränderungen der Leitfähigkeit, jedoch nur in den ersten 50 Minuten zum Studium der Raschheit der tryptischen Verdauung des Kaseins.

Sidler hat Frauenmilch, rohe und durch 60' gekochte Kuhmilch und eine große Anzahl Schweizer Milchpräparate, deren Zusammensetzung und Bakteriengehalt er auch prüfte, auf das Verhalten gegen Pepsinsalzsäure untersucht.

Es wurden nach drei Stunden vom Gesamt-N in Prozenten verdaut.

	mit 1% ₁₀₀	0.5% ₁₀₀	0.25% ₁₀₀ HCl
Frauenmilch	93.7	91	89.4
Rohe Kuhmilch	87.4	83.5	81.3
Gekochte Kuhmilch	85.0	81.1	78.8
Sanitätsmilch (past.)	86.7	79.9	77.4
Steril. Kindermilch	85.1	80.5	78.1
Gärtners Fettmilch	88.4	85.3	82.5

Doch spielen natürlich der ursprüngliche Eiweiß- aber auch der Fettgehalt dabei eine wesentliche Rolle.

Lab- und Labgerinnung.

Korschun konstatirt im Labferment das Vorhandensein einer hapto- und einer toxophoren Gruppe, indem eine durch Berkefeldfilter geseihte Lablösung $\frac{1}{57}$ mal so wirksam ist wie eine nicht filtrierte, während diejenige filtrierte Labmenge, welche durch 0.15 cm^3 Pferdeblutserum eben neutralisiert wird, nur $\frac{1}{57}$ der nicht filtrierten beträgt.

Javillier findet, daß das wässerige Extrakt des Taumellochles Lab und daneben ein Parakasein, Konglutin, Gelatine, nicht aber Fibrin und Eieralbumin verdauendes Ferment, daß es also außer Lab Kasease, Gelatinase, Erepsin nicht aber Pepsin und Trypsin enthalte. Rapp hat im Hefepreßsaft ein am besten bei 80° wirkendes Labenzym gefunden. Nach Fuhrmann besitzt die Euglobulinfraktion des Kaninchenblutserums Labwirkung. Vernou trennt die Fermente des Pankreasglyzerinextrakts durch Alkohol. Lab und Trypsin fallen gleichzeitig. Es scheint deshalb, daß sie demselben Molekularkomplex angehören. Fuld hat die schon von Schübler (1818) und Simon (1838) gemachte Annahme, daß zwischen der Milch und dem stammeigenen Lab eine nähere Beziehung bestehe, an Kälber-, Ziegen- und Schaflab erwiesen. Nach Arthus ruft Einführung von Milch, nicht aber von Milchzuckerlösung in den Magen reichliche aber bald sistierende Labsekretion hervor.

Bei der Kapillaranalyse steigt das Labferment nach meinen Versuchen bis hinauf; natürlich ist in den tieferen Schichten mehr Labferment vorhanden als in den höheren. Zur Prüfung zerschneide ich das Filterpapier in Stückchen zu je einen Quadratzentimeter. Man vermag sich auf diese Weise ein Labferment von gleichbleibender Stärke aufzubewahren. Auch das mit dem Labferment verbundene peptische steigt gleich hoch. Es ist ein hübsches Experiment, wenn man zum Käse Salzsäure zugesetzt hat und nun — bei Zimmertemperatur — nach einigen Tagen rings um das kleine Papierchen der Käse sich zu lösen beginnt.

Loevenhart hat die Metakaseinreaktion (Roberts 1879) näher studiert. Die Zeitdauer zwischen dieser und der Labgerinnung hängt von der Menge Lab ab. Lösliche Kalksalze sind auch für sie nötig. Zerstört man zur Zeit der Metakaseinreaktion das Lab durch Hitze, so ruft CaCl_2 bei 40° Gerinnsel hervor. Die Kalksalze scheinen durch Lab irgendwie verändert zu werden.

Laktoserum.

Uhlenhuth demonstrierte die Spezifität des Kuhlaktoserums an Frauen- und Eselsmilch. Fuld hat nunmehr auch durch Injektion gekochter Kuhmilch ein wirksames Laktoserum erhalten. Nach den Angaben Obermayer-Picks über die Wirkung der Injektion erhitzten Blutserums läßt sich etwas Ähnliches auch bei den Laktoseris erwarten. Fuhrmann fand, daß die präzipitierende Wirkung des Laktoserums an die Euglobulinfraktion

gebunden ist. In Fortsetzung seiner Studien über das Laktoserum teilt P. Th. Müller mit, daß die Milch 8 bis 10 mal mehr Präzipitin bindet, als zur Fällung notwendig ist. Bei Ueberschuß von Milch kommt es überhaupt nicht zur Fällung, indem offenbar Kasein + Präzipitin in Lösung gehalten wird. Ueberhaupt wächst mit zunehmendem Milchezusatz die Menge des in Lösung bleibenden Präzipitins. Dagegen wird bei bestimmtem Verhältnis das Kasein beinahe vollständig ausgefällt. Schloßmann-Moro erhielten durch Injektion des Pukallfiltrats von Kuhmilch ein Serum, welches wieder mit diesem, nicht aber mit jenem aus Frauenmilch Präzipitate bildet. Es gibt also auch artbesondere Laktalbuminera.

Physiologische Veränderungen.

Ueber Vorstufen der Biestmilch stellte Houdet Untersuchungen an Kühen an, welche nach meinen Beobachtungen auch für die Frauenmilch zutreffen und für die Genealogie der Milch wichtig sind. 1 bis 2 Monate vor dem Abkalben wird die klebrige Vorbiestmilch sezerniert, welche mikroskopisch weder Fett noch (nach meinen Beobachtungen) Kolostrumkügelchen enthält. Beide treten erst in der dünnflüssigen Vorbiestmilch auf. Die chemische Zusammensetzung fand Houdet:

Eiweiß

	Wasser	filtrierbares	unfiltrierb.	Fett	Zucker	Asche
Klebrige	63.14	22.74	14.12	0	0	Spuren
Dünnflüssige	92.79	1.38	4.39	0.15	0.8	0.49

Beide werden durch Lab nicht koaguliert.

Daß Arbeit die Größe der Milchsekretion herabsetzt, hat Moermann neuerdings an Kühen erwiesen. Eingehender sind die Untersuchungen Dolgichs über diesen Punkt. Danach schädigt Zunahme der Arbeitsdauer, während Vermehrung der Belastung günstig wirkt, ebenso mäßige Arbeit gegenüber der Ruhe. Bei Ueberanstrengung bekommen die Fette einen kratzigen Geschmack, und die Milch wird labungsunfähig.

Schulte-Bäuminghaus haben nachgewiesen, daß bei Kühen der Kalkgehalt der Milch durch Zufuhr von Kalkwasser um 3 bis 6.4% zu vermehren ist, Kalkphosphat (55% Ca, 39.5% P₂O₅) ist ohne Einfluß, Kochsalz steigert den Cl-Gehalt der Milch um 0.25 bis 1.8%, Eisenazetat um 0.037 bis 0.089% Eisen. Nach Harnoth erhöht Zugabe von Kraftfutter bei normaler Grünfütterung den Fettgehalt der Milch nicht, erhöht aber etwas die Menge der nichtflüchtigen Fettsäuren. Swaving hat den Uebergang des die Halphensche Reaktion gebenden Körpers des Baumwoll-Samenöls, nicht jenen des Sesamöls in die Milch nachgewiesen. Das gleiche fand Paraschtschuk, der auch bei Verfütterung von Jodstärke und Jodeiweiß in der Milch der Ziegen nur Spuren Jod, dagegen viel nach Zufuhr von Jodschweinefett und Jodipin fand. (Frühere Versuche Caspari 1899, Jantzen 1901, Winternitz 1897).

Beckmann berichtet, daß Laktagol (Baumwollsaatmehl) von E. T. Pearson bei Kühen und Frauen die Milchmenge und den Fett- und Stickstoffgehalt der Milch steigere.

Veränderungen durch Bakterien.

v. Freudenreich-Thöni haben die in der Milch bei möglichst sauberem Melken vorkommenden Kleinwesen studiert. 23mal unter 120 Melkungen (jede Zitze besonders) war die Milch keimfrei. Die Regel sind Mikrokokken und ein nicht verflüssigendes Kurzstäbchen. Die eigentlichen Milchsäurefermente fehlen. Meade-Ferguson hat die bei 40 bis 44° die spontane Zersetzung der Milch hervorrufenden Mikroorganismen untersucht. Es entstehen mehr flüchtige Säuren als Milchsäure. F. C. Harrison findet eine *Torula* als Ursache des Bitterwerdens, J. Hohl einen *Carphococcus pituit.* in fadenziehender Milch, Th. Gruber in derselben einen *Coccus lacti viscosi*.

Milchwirtschaftliches.

Auf der Hamburger Ausstellung wurde ein Milchhomogenisierungsverfahren von A. Gaulin vorgeführt, worüber Pittius berichtet. Auf maschinellern Wege werden die Milchkügelchen zerstäubt, ein Vorgang, welcher vielleicht bei der Verwendung von Rahm zur Säuglingsernährung eine Rolle spielen kann. Doch hatte die Milch einen Metallgeschmack (Milchztg. Nr. 32). Sidlers Untersuchungen, aus denen ich oben einiges mitgeteilt habe, betreffen auch den Keimgehalt der verschiedenen Schweizer Milchpräparate. Von den sterilisierten waren die meisten Marken keimfrei, von den Milchkondensen nur zwei. O. Spring hat die Möglichkeit, sterilisierte Kindermilch und pasteurisierten Rahm herzustellen, experimentell geprüft und unter 1000 Proben nur vereinzelte nicht keimfrei gefunden. Weit größere Bedeutung gewinnen aber für uns die Untersuchungen über Pasteurisierung der Milch. Vor allem liegen uns die Arbeiten der Kieler Versuchsstation (Weigmann) vor, denen wir folgendes entnehmen: Eine Temperatur von 85° tötet fast momentan (durch Kochhaut) ungeschützte Tuberkelbazillen. (W. Hesse fand neuerdings, daß Erwärmen auf 60° durch 20 Minuten und Umrühren Tuberkelbazillen und andere pathogene Keime in der Milch tötet). Es muß aber durch Rührwerke und zwangsläufige Führung die Milch sicher auf diesen Grad erhitzt werden. Der dabei entstehende Kochgeschmack und Kochgeruch verliert sich durch Zentrifugieren fast vollständig. Rullmann untersuchte das Gerbersche Verfahren (eine Stunde unter Schütteln bei 67 bis 68.5°, dann bei 8 bis 10°). Die Milch gibt noch die Peroxydase-reaktion, hat angeblich keinen Kochgeschmack und enthält frisch 60, einen Tag alt 40, zwei Tage alt 30, drei Tage alt 360 Keime im Kubikzentimeter. Dann versuchte Rullmann das Sterilisieren in Mettlacher Krügen (Kochen auf Gas eine Viertelstunde, Aufbewahren bei 10°). Während die Rohmilch 19.200 Keime enthielt,

war sie nachher keimfrei. Bei nur einmaligem Aufkochen fiel der Keimgehalt von 58.240 auf 120.

Den Kobrakschen Apparat hat Schweitzer eingehend ausprobt. Die Milch enthielt nachher noch unkoaguliertes Laktalbumin, gab die Peroxydasereaktionen, labt. Getötet wurden zugesetzte Cholera-, Typhus-, Diphtheriebazillen, *Staphylococcus pyog. aureus*, *Bact. lactis acidi*, *Sarcina alba*, auch wenn sie vorher einen Tag in steriler Milch gewuchert hatten. Injektion von Kobrakmilch gibt ein Laktoserum, das mit roher, Kobrak- und Soxhletmilch präzipitiert.

Analyse.

Eine recht zweifelhafte Methode zur Bestimmung der Güte der Milch empfiehlt Jolles, indem er das Filtrat von der Alaunfällung mit Permanganat und Schwefelsäure oxydiert und den mittels Lauge entwickelten Stickstoff im Azotometer mißt. Er nennt das Rest-N. Er beträgt in 100 cm³ Milch 64.4 bis 82.2 cm³. Siegfeld (2) hat die Fettbestimmungen nach Adams, Gottlieb und Gerber mit einander verglichen und gibt (3) sehr wertvolle Winke über die Untersuchung übermäßig stark präservierter Milchproben, Beger behandelt speziell die durch Formaldehyd konservierten.

Windisch verglich die Fettbestimmungsmethoden an der sehr fettreichen (8 bis 9.7%) ungarischen Büffelmilch und empfiehlt die Methode Liebermann-Szekely (1893), aber mit doppelt verdünnter Milch. Auch Ujhelyi fand im Durchschnitt 7.5% Fett in der Büffelmilch. Trillat-Forestiers Untersuchungen der Schafmilch sind identisch mit den im ersten Referat besprochenen.

Zur bakteriologischen Milchuntersuchung empfehlen Revis-Moore das Verfahren nach Jekavitsch, wobei die Milch mit Aether und Pottasche, Alkohol und Zentrifuge behandelt und das Sediment untersucht wird. Stocking empfiehlt die Züchtung auf Peptonlaktusgelatine.

Säuglingsmilch.

Szekely teilt sein Verfahren der Kohlensäurefällung mit. Wenn er aber sagt: „Die Kohlensäure scheint das Kasein durch Wasserentziehung, ebenso wie der Alkohol, zu fällen“, so ist er sicher im Irrtum. Marpmann empfiehlt 0.1 Hexamethylenetetramin (Urotropin) auf 1 Liter Milch zur Konservierung. Nach Kämnitz ist aber die Wirkung zu gering.

Milch als Krankheitsüberträger.

Klein fand in 7 von 100 Londoner Milchen echte Tuberkelbazillen. Dieselben wachsen unter Virulenzsteigerung in sterilisierter Milch. Achtmal fand er den nicht säurefesten Pseudotuberkelbazillus. Eine durch Milch vertragene Typhusepidemie beschreibt Fulton, Scharlachepidemien dieses Ursprunges Davies und Newsholme

(unsicher). Dean-Todd fanden bei einer Diphtherieepidemie, welche durch Genuß roher Milch entstanden zu sein schien, an den Eutern der Kühe Geschwüre mit echten Löffler-Bazillen. Aber die Bazillen waren nicht die Erreger der Geschwüre, da bei Uebertragung derselben durch Skarifikation auf andere Kühe die Geschwüre keine Löffler-Bazillen enthielten und präventive Serum einspritzungen ohne Einfluß auf die Geschwürsbildung waren. Wahrscheinlich stammten die Diphtheriebazillen von den Schweizern, welche sich vor dem Melken in die Hand zu spucken pflegen. Dagegen hat Prölß nachgewiesen, daß durch den modernen Genossenschafts-Molkereibetrieb Diphtherie nicht übertragen wurde. Einen fraglichen Fall von Scharlachübertragung durch Milch teilt Ekholm mit, während sich Behla mit der Verbreitung des Typhus durch Sammelmolkereien beschäftigt und eine solche Epidemie beschreibt.

Zum Schlusse will ich auf die Versuche Ehrströms hinweisen, welcher Proton (Kaseinnatrium) mit guter Resorption zu Nährklystieren verwendete, und auf die Experimente L. B. Stockings, der bei längerer Verfütterung von Kasein an Hühner Glykogen in der Leber fand, obzwar bekanntlich das Kasein des Kohlehydratkomplexes entbehrt. Es sei noch die Schrift von A. Reinsch angezeigt: „Die gesetzliche Regelung des Milchverkehres in Deutschland, insbesondere in den größeren deutschen Städten“ (M. 150) und das für den Arzt wichtige Buch: „Milchspeisen und -Getränke.“ Hamburg, C. Boysen.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

H. Pfister. *Neue Beiträge zur Kenntnis des kindlichen Hirngewichtes.* (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 37, S. 239.)

H. Pfister. *Teilwägungen kindlicher Gehirne.* (ebenda S. 243.)

Zum Referat nicht geeignet. Die Untersuchungen stammen aus dem Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause. Ueber dieselben wird vom Verf. zusammenfassend im Neurologischen Zentralblatt dieses Jahres berichtet. Thiemich (Breslau).

H. Pfister. *Die Kapazität des Schädels (der Kopfhöhle) beim Säugling und älteren Kinde.* (Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie, XIII. Bd., 6. Heft, S. 577.)

Die Kapazität der innerhalb der Dura gelegenen Schädelhöhle wurde an den frischen Leichen durch Ausfüllung mit gemessenen Wasserquantitäten bestimmt, nachdem die störenden Abflußöffnungen (besonders Foram. magn. occip.) durch Glaserkitt in passender Weise verstopft waren.

Zum Vergleiche sind die Körpergrößen aufgeführt, da die Körpergewichte durch die vorangegangenen Krankheiten zu stark beeinflußt werden.

Alle sicher als pathologisch erkennbaren Fälle wurden ausgeschlossen.

Von den Schlußsätzen des Verfassers sei nur aufgeführt:

Die Kapazität (d. h. nur die absolute, nicht die zur Körperlänge in Relation gesetzte, Ref.) der Kopfhöhle ist auf sämtlichen Altersstufen bei den Knaben größer als bei den Mädchen.

Dieser Unterschied der Geschlechter ist bei der Geburt relativ gering, steigt dann anfangs rasch, später langsamer.

Von den Anfangswerten der Kapazität (beim neugeborenen Knaben etwas unter 390 cm^3 , beim neugeborenen Mädchen wenig unter 370 cm^3 liegend) wächst der durchschnittliche Rauminhalt der Kopfhöhle so, daß schon vor dem 9. Monate das erste Drittel der Gesamtzunahme (= ungefähr 1020 cm^3 bei den Knaben, zirka 870 cm^3 bei den Mädchen), mit zirka $2\frac{1}{2}$ Jahren das zweite Drittel gewonnen wird, von welchem Zeitpunkte ab in immer langsamerem Tempo das Weiterwachsen um das letzte Drittel der Gesamtzunahme erfolgt. Wann dies abgeschlossen ist, kann noch nicht bestimmt angegeben werden.

Bei Knaben wie bei Mädchen zeigt die Kapazität auf derselben Altersstufe eine oft sehr erhebliche Variationsbreite, die nicht durch pathologische Verhältnisse zu erklären, sondern auf Verschiedenheit der individuellen Anlage aufzufassen ist.

Thiemich (Breslau).

Shaw. *Note on abdominal auscultation.* (Bemerkungen über abdominale Auskultation.) (Arch. Pediatrics, August 1903.)

Verf. berührt das bekannte Thema der Fortleitung der Brustgeräusche in das Abdomen, wodurch das Rasseln bei einer zentralen Pneumonie, z. B. als das bei einer Bauchfellerkrankung imponieren kann, wenn etwas oberflächlich untersucht wird.

Wachenheim (New-York).

R. Roselli. *Il daltonismo infantile.* (Farbenblindheit bei Kindern.) (Bollett. Osped. Ottal. Prov. Roma.)

Verf. hat den Farbensinn bei 4 bis 12jährigen Kindern studieren wollen, um zu sehen, ob es leichter war, in jenem Alter farbenblinde Individuen zu finden, und ob sie nicht durch Uebung die normale Funktion des Farbensinnes wiedererlangen konnten. (Seebeck, Kohn, Magnus, Just, Favre usw.) Unter 100 Kindern traf er 27 auf alle drei Farben (rot, grün und violett) farbenblind an, und 52 mit Farbenblindheit bezüglich einer oder zweier Farben, im weiblichen Geschlecht seltener. — Rot leichter erkennbar, dann violett. Verf. setzt eine eigene Uebungsmethode auseinander, und da er damit ausgezeichnete Resultate erlangt, so schließt er mit Favre, es handle sich nicht um eine Dischromatopsie, sondern um eine dem Mangel an Uebung zu verdankende Achromatopsie.

Dotti (Florenz).

F. Mazzeo. *Contributo pediatrico alla teoria tiroidiana.* (Pädiatrischer Beitrag zur Thyreoidetheorie.) (Gazz. internazionale di medicina, anno VI, 1903.)

Auf eine eingehende Uebersicht über die Arbeiten auf dem Gebiete der Ophotherapie und der Thyreoidakur insbesondere läßt Verf. einen Beitrag von drei Fällen folgen.

Im ersten handelte es sich um einen 22monatlichen, an Myxödem leidenden Knaben; die Kur wurde nach wenigen Tagen unterbrochen und die Resultate entgingen der Beobachtung.

Im zweiten handelte es sich um Basedow'sches Leiden; es wurde Thyrojin verschrieben und vier Monate hindurch in Zwischenräumen dargereicht. Besserung im Allgemeinbefinden, leichte Abnahme des Exophthalmus und eine erheblichere Abnahme der Tachykardie.

Im dritten Falle handelte es sich um Infantilisimus. In diesem Falle ziemlich bedeutende Besserung im Allgemeinbefinden und in der psychischen Entwicklung.

Dotti (Florenz).

A. Tumpowski. *Ueber den Einfluß des Alkohols auf den kindlichen Organismus.* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 26, 27.)

Ein Sammelbericht über die neuesten Anschauungen und Untersuchungen betreffs dieser Frage.

J. Brudziński (Warschau).

S. Dzierzowski. *Zur Frage der Vererbung einer künstlichen Immunität gegen die Diphtherie.* (Polnisch.) (Przegląd Lekarski, Nr. 31.)

Verf. richtete seine Untersuchungen auf Erörterung der Frage, warum die Immunität nur von der mütterlichen Seite sich vererbt. Er untersuchte Antitoxingehalt im Hodensaft des immunisierten Vaters und die Flüssigkeit des Graaf'schen Follikels der immunisierten Mutter; es ergab sich, daß sogar bei sehr stark immunisierten Pferden Hodensaft sehr wenig Antitoxin enthielt, während bei den Stuten die Flüssigkeit der Graaf'schen Follikel manchmal ebensoviel Antitoxin enthielt wie das Blutserum.

Die Untersuchungen an Eiern von immunisierten Hühnern ergaben: Das Antitoxin sammelt sich hauptsächlich im Eidotter und die Blutuntersuchung junger Hühner ergab einen größeren Gehalt von Antitoxin. Dasselbe gilt, meint Verf., auch für Säugetiere in der ersten Periode der Entwicklung, ehe sich die Plazenta bildet. Im placentaren Stadium der Entwicklung verändern sich die Verhältnisse. Mehrere Untersuchungsreihen an schwangeren Stuten und deren Embryonen ergaben, daß das Blut von Embryonen nur Spuren von Antitoxin im Vergleich zum Antitoxingehalt im mütterlichen Serum enthielt. Daraus zieht der Verf. den Schluß, daß Plazenta Antitoxin aufhält oder vernichtet. Zur Begründung dieser Hypothese führte der Verf. eine Serie von Experimenten aus an schwangeren Hündinnen und Ziegen, bei denen er positive Immunisierung erzielte. Diese Untersuchungen bestätigten die Annahme — im Blute der Embryonen im placentaren Stadium war Antitoxin nur spurweise vorhanden.

Die Annahme, daß die Plazenta Antitoxin vernichtet, ist nicht zulässig, da die Menge von Antitoxin in den zu- und abführenden Blutgefäßen sich als gleiche ergab, Verf. meint nur, daß die Plazenta die Eigenschaft besitzt, Antitoxin zum Embryo nicht zuzulassen. Zur weiteren Beweisführung untersuchte der Verf. den Antitoxingehalt im Blute einer schwangeren Stute und des Neugeborenen gleich nach der Entbindung. Das mütterliche Serum enthielt 250 Antitoxineinheiten, während beim Neugeborenen kein Antitoxin vorhanden war. Das Pferdchen wurde von der Stute abgesetzt und erst später zur Brust gegeben. Antitoxingehalt in seinem Blute nach fünf Tagen betrug schon 1·3 A.-E., später 2 A.-E. — Verf. stellte sich die Frage, woraus stammt das Antitoxin, dann untersuchte er das Kolostrum und es ergab sich, daß bei der Stute der Antitoxingehalt im Kolostrum viel höher war (2000 bis 3000 A.-E. in 1 cm³) als im Blute. Experimente an anderen schwangeren Stuten ergaben dasselbe, damit wurde bewiesen, daß Antitoxin den Neugeborenen durch Vermittlung der Milch zukommt und daraus könnte man die geringe Empfindlichkeit der Säuglinge für die Infektionskrankheiten erklären. Verf. meint, daß die Immunität auf dem Wege der Vererbung noch gesteigert werden kann und daß die schwer immunisierbaren Tiere zu leichter immunisierbaren gemacht werden können, weil die Fähigkeit, Antitoxin zu erzeugen, nicht so rasch aus dem Organismus verschwindet. Verf. führt ein Beispiel an: Ein Pferd wurde während 353 Tagen immunisiert. Am letzten Tage wurden 400 cm³ Toxin eingespritzt und die weitere Immunisierung sistiert. Nach 6 Jahren reagierte das Tier sehr schwach auf die Toxinmenge, die 20% größer war. Das Antitoxinsaft des Serums war viel höher als während der Immunisierung. Verf. meint noch, statt Rennpferde könnte man mehrere Generationen immunisierter Pferde züchten. Das ist eine dankbare Aufgabe für die Menschenfreunde.

J. Brudziński (Warschau).

Franz Kuhn (Kassel). *Pulmonale Narkose*. (Therapeutische Monatshefte, Sept. 1903, Seite 447.)

Unter pulmonaler Narkose versteht Kuhn die Einführung von betäubenden Gasen direkt in das Innere der Lunge mittels peroraler Tubage. Sie ist hauptsächlich geeignet bei Operationen in Mund, Rachen, Nase usw. und soll folgende Vorzüge haben: 1. Äußerst geringen Verbrauch an Chloroform neben Erzielung rascher Wirkung. 2. Bessere Regulierung der Narkose. 3. Geringere Gefahr der Ueberdosierung. 4. Fortfall der Reflexe von seiten der Nase und oberen Luftwege. 5. Fortfall des Würgens und Erbrechens. 6. Absolute Garantie für das Freisein der oberen Luftwege, besonders bei Operationen in Mund und Nase und bei Asphyxie, wenn Luft- und Sauerstoffeinblasungen notwendig werden. Hiezu erlaubt sich der Referent zu bemerken, daß dies alles, wie auch der Verfasser wissen muß, schon vor ihm angewendet wurde.

Zuppinger (Wien).

- N. S. Basile.** *La diazoreazione nei bambini cloroformizzati. (Die Diazoreaktion bei chloroformierten Kindern.)* (Rivista di Pat. e Clin. infantile, Nr. 3 bis 4, 1903.)

Auf Grund von klinischen und experimentellen Forschungen in 14 chirurgischen Fällen schließt Verf.: 1. Bei normalen Kindern besteht keine Diazoreaktion. 2. Intensität der Diazoreaktion ist bei den der Chloroformnarkose unterworfenen Kindern verschieden. 3. Sie hängt teils von dem durch die Chloroformintoxikation bedingten veränderten Stoffwechsel, teils von der Resorption septikämischen Materials infolge des chirurgischen Eingriffes ab.

Dotti (Florenz).

- F. Peruzzi.** *L'eliminazione del bleu di metilene negli ammalati di fegato. (Ausscheidung von Methylenblau bei Leberkranken.)* (La pediatria, Nr. 6, 1903.)

Verf. machte seine Versuche an verschiedenen Kindern, die an Stauungsleber und Lebervergrößerung infolge Icterus catarrhalis litten. Nachdem er die Leberfunktion bei Ikterus viel stärker verändert gefunden hatte, konstatierte er eine viel raschere Ausscheidung von Methylenblau.

Dotti (Florenz).

- Bryce.** *Some scientific and practical aspects of vaccination. (Wissenschaftliche und praktische Betrachtungen über die Vakzination.)* (N.-Y. Med. Journ., 7. März 1903.)

Eine Befürwortung des staatlichen Impfwanges.

Wachenheim (New-York).

- M. Bellotti.** *Anemia infantile postvaccinica. (Ueber postvakzinische Anämie bei Kindern.)* (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, Nr. 56, 1903.)

Ohne jegliche hämatologische Untersuchung glaubt Verf., daß es sich in den von ihm beobachteten Fällen postvakzinaler Anämie um denselben Krankheitszustand handeln könne, der nach der Blatterninfektion zutage tritt.

Dotti (Florenz).

- G. Segadelli.** *Contributo allo studio delle cause di morte improvvisa nei bambini. (Beitrag zur Erforschung der Ursachen des plötzlichen Todes bei Kindern.)* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1903, Nr. 47.)

Ein dreijähriger Knabe, der abends völlig gesund zu Bette gelegt wurde, wurde nach wenigen Stunden tot vorgefunden. Gerichtlicher Befund erwies nur eine gewiß agonische, mehrfache intestinale Invagination und leichten katharrhalischen Zustand der Darmschleimhaut. Verf. hält diese der Beobachtung der Angehörigen entgangene leichte Gastroenteritis zur Erklärung des plötzlichen Todes für hinreichend und weist dabei auf eine etwaige Reflexwirkung der Gastroenteritis auf das Zentralnervensystem hin, das bei diesem Kinde besonders reizbar gewesen sein soll.

Dotti (Florenz).

B. Korybut-Dankiewicz. *Ueber die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen.* (Polnisch). (Zdrowie 1903, H. 6. u. 7.)

Ein Sammelbericht über die herrschenden Methoden. Unter anderem führt der Verfasser eigene Modifikation der Methode von Schultze an. Das Kind sitzt auf der rechten Hand des Arztes, dessen linke Hand den Hals und Kopf des Neugeborenen von hinten umfaßt; die linke Hand beugt den Körper des Neugeborenen nach vorne, dann wiederum in aufrechte Stellung und so mehrmals hintereinander.

Brudziński (Warschau).

J. Brudziński. *Ueber die Rolle der Couveusen in der Pflege der Frühgeborenen und Schwächlinge.* (Polnisch). (Zdrowie. H. 6 u. 7.)

Verf. bespricht ausführlicher zwei Typen (Couveusen Hutinel und Lyon) und führt die Resultate der Pflege der Schwächlinge im Warschauer Findelhaus in Couveusen Hutinel an. Die Resultate sind recht ermutigend.

(Autoreferat).

Pietrasiewicz. *Ueber die Behandlung des Nabels bei Neugeborenen mit Jodtinktur.* (Polnisch.) (Czasopismo lekarskie Nr. 7.)

Verf. bepinselte mit Jodtinktur die Nabel bei 81 Neugeborenen und in allen Fällen erzielte er schon am fünften Tage Nabelschnurabfall und Heilung der Nabelwunde ohne jegliche Komplikationen.

J. Brudziński (Warschau).

Clark. *Note on the salt starvation principle in epilepsy treatment by bromide.* (Bemerkungen über die Salzentziehung bei der Bromtherapie der Epilepsie.) (Pediatrics, März 1903.)

Verf. meint, daß eine Beschränkung der NaCl-Aufnahme mit der Darreichung des Broms Hand in Hand gehen solle.

Wachenheim (New-York).

Ludwig Thieme. *Erfahrungen über Aspirin.* (Therapeutische Monatshefte, Sept. 1903, Seite 455.)

Gegenstand dieser Abhandlung ist die Verwendbarkeit des Aspirins hauptsächlich in der Phthiseotherapie. Das Aspirin ist ein nicht zu unterschätzendes Mittel in der Fieberbehandlung der Phthisiker, das in seiner Wirksamkeit dem Pyramidon kaum nachsteht. Auf die Hebung des Appetits hat es keinen direkten Einfluß. Vor der Anwendung desselben bei Lungenkranken, die zu Hämorrhagien neigen, muß gewarnt werden. Ausgezeichnete Dienste leistet es in den Fällen, die als leichte Influenza oder als sogenannte Erkältungszustände bezeichnet werden, wie sie bei Lungenkranken infolge Witterungsumschlag, feuchtem, stürmischem Wetter usw. oft vorkommen. Auch bei Pleuritis exudativa und akutem Gelenksrheumatismus tat es Thieme gute Dienste, weniger bei Kopfschmerzen gegenüber Citronen.

Zuppinger (Wien).

Torella. *Del fluoruro d'argento (tachiolo) e delle sue applicazioni terapeutiche. (Ueber Silberfluorür (Tachiol) und seine therapeutischen Anwendungen.)* (Comunicazione al Congr. del Cairo. Tip. Tennasson Alessandria del Cairo.)

Die Arbeit interessiert die Pädiatrie wegen eines Falles von purulenter Ophthalmie bei einem Neugeborenen, die in wenigen Tagen infolge von Waschungen mit einer $\frac{1}{5000}$ Tachiollösung verschwand.
Dotti (Florenz).

A. Muzzarelli. *Alcune applicazioni terapeutiche della cerebrina. (Ueber einige therapeutische Anwendungen des Cerebrins.)* (Gazz. degli ospedali e delle Cliniche, Nr. 23, 1903.)

Cerebrin soll bei einem an Eklampsie leidenden Mädchen gute Erfolge erzielt haben.
Dotti (Florenz).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Herrman. *The present method of medical school-inspection in New-York. (Das gegenwärtige System der ärztlichen Schulaufsicht in New-York.)* (N.-Y. Med. Journ., 7. März 1903.)

Verf. gibt eine kurze Uebersicht der sehr vervollkommenen ärztlichen Schulinspektion in New-York.

Wachenheim (New-York).

Ernährung und Stoffwechsel.

Alfred Grotjahn. *Ueber Wandlungen in der Volksernährung.* (Staats- und sozialwissenschaftliche Forschungen. Herausgegeben von Gustav Schmoller. Band XX, Heft 2. Leipzig. Verlag von Duncker und Humblot. Mk. 1.60. 72 Seiten.)

Die von nationalökonomischer Seite aufgestellten Arbeiterhaushaltberechnungen haben nur hinsichtlich der notierten Preise exakten Wert, die Angaben über Gewichtsmengen und Zusammensetzung der Nahrungsmittel sind nur Annäherungswerte. Aus der Arbeiterbudgetliteratur stellt Verf. für verschiedene soziale Klassen den jährlichen Konsum der Familie an Zerealien, Molkereiprodukten, Fett und Fleisch zusammen und schätzt das Verhältnis zwischen Fleisch- und Pflanzenkost, Zerealien und Kartoffeln, Fett und Fleisch. Er unterscheidet vier Kosttypen: Die freigewählte Kost der Wohlhabenden, die Kost der städtischen Handwerker, Unter-

beamten und gutgestellten Arbeiter, die Kost der Bauern, ländlichen Handwerker mit ausgeprägt lokalem Charakter und schließlich die Kost der von jeder Naturalwirtschaft losgelösten, auf reinen Geldlohn angewiesenen industriellen und großstädtischen Arbeiter. Die letztere ist freigewählt; die Wahl bewegt sich nach einer bestimmten Richtung, die identisch ist mit jener, welche die wohlhabenden Bevölkerungsschichten eingeschlagen haben. Folgende Verschiebungen lassen sich erkennen: Das Fleisch erfreut sich allgemeiner Beliebtheit, u. zw. das magere mehr als das fette. Die Pflanzenfette haben an Bedeutung verloren und werden, soweit irgend angängig, durch tierische Fette ersetzt. Die Milch wird im weitesten Maße von erwachsenen Menschen gemieden. Hafer, Gerste, getrocknete Linsen, Bohnen und Erbsen drohen ganz aus der Volksnahrung zu verschwinden. Das Weizenbrot wird in steigendem Maße dem Roggenbrot vorgezogen.

Es dürfte noch weiteren Untersuchungen vorbehalten sein, festzustellen, wie weit die vom Verf. berechneten Kossätze dem Durchschnitte tatsächlich entsprechen. Die Wandlungen der Volksernährung haben aber auch für die Beurteilung der Kinderkost größte Bedeutung.

Keller.

Adriance. *Deficient proteids in infant-feeding.* (Die mangelnden Proteide bei der Säuglingsernährung.) (Arch. Pediatrics, August 1903.)

Einer der Fehler, welche die meisten Pädiater bei der künstlichen Kinderernährung begehen, ist, daß sie aus Furcht vor den schwer verdaulichen Eiweißstoffen der Kuhmilch zu wenig Proteide darreichen, diese sind aber unmöglich durch Kohlehydrate und Fett zu ersetzen, wie so vielfach versucht wird. Die Versorgung des nötigen Eiweißes ist die Hauptfrage bei der Zusammensetzung des künstlichen Nährmaterials.

Wachenheim (New-York).

B. Korybut-Dankiewicz. *Ueber Milchfermente.* (Polnisch). (Zdrowie 1903, H. 3.)

Ein Sammelbericht über die neuesten Forschungen auf diesem Gebiete. (Escherich, Spolverini, Moro, Marfan u. a.)

J. Brudziński (Warschau).

B. Korybut-Dankiewicz. *Zur Frage der Ammenwahl.* (Polnisch). (Czasopismo lekarskie Nr. 8.)

Praktische Winke mit besonderer Berücksichtigung der Luesgefahr seitens der Amme. (Verf. empfiehlt nicht jüngere Ammen als mit zweimonatlicher Milch zu wählen.) Einige Bemerkungen über Milchuntersuchung bei der Ammenwahl und deren Unverlässlichkeit in manchen Fällen.

J. Brudziński (Warschau).

Shaw. *Determination of fat and total solids in milk.* (Die Bestimmung des Fettes und der gesamten festen Bestandteile in der Milch.) (Arch. Pediatrics, August 1903.)

Eine Diskussion über den Wert der verschiedenen Methoden und Apparate; Verf. hält die von Babcock für die beste.

Wachenheim (New-York).

Cramer. *Zur Energiebilanz beim Neugeborenen.* (Münchner med. Wochenschr., 50. Jahrg., Nr. 27, S. 1153.)

Bekanntlich hatte Cramer in früheren Arbeiten Minimalzahlen für die Ernährung des Neugeborenen veröffentlicht, die weit unter den bekannten Forderungen Heubners lagen; für einen Teil seiner Untersuchungen hat Cramer selbst die Möglichkeit von Wägefehlern zugegeben. Nachdem auch von Gauß befriedigende Gewichtszunahme beim Neugeborenen mit einer Zufuhr von 50 Kalorien und weniger pro Kilogramm Körpergewicht beobachtet worden war, kommt Cramer auf seine früheren Zahlen zurück, welche er durch die Untersuchungen von Gauß bestätigt sieht. Cramer betont, daß gutes Gewichtswachstum in dieser Zeit bei der angegebenen Kalorienzufuhr durchaus nicht zu den Seltenheiten gehöre und nicht durch abnorme Bedingungen extremer Fälle verursacht sei. Da er beim älteren Säugling die Heubnerschen Zahlen bestätigt fand, weist Cramer darauf hin, daß in den ersten 14 Lebenstagen besondere Stoffwechselverhältnisse bestehen müssen.

Camerer (Stuttgart).

Kerley. *The management and prophylaxis of intestinal diseases in infants during the summer.* (Behandlung und Prophylaxe der Darmerkrankungen bei Säuglingen im Sommer.) (N.-Y. Med. Journ. 6. Juni 1903.)

Die erste Maßregel, therapeutisch sowie prophylaktisch, ist die diätetische, u. zw. in allen Fällen von nur geringen Störungen, Entziehung der Milch, Ersatz derselben durch Gerstenschleim u. dgl., daneben ein Abführmittel. Die genannte Nahrung kann wochenlang ohne bedeutenden Gewichtsverlust fortgesetzt werden.

Zur Prophylaxe dringt Verf. auf genauere staatliche Ueberwachung der Milch, eventuell Versorgung der ärmeren Volksklassen mit Milch und Eis durch die Behörde.

Wachenheim (New-York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Taylor. *Practical points on intubation of the larynx.* (Praktische Punkte über die Larynxintubation.) (N.-Y. Med. Journ., 4. April 1903.)

Man erzielt die besten Resultate, wenn man nicht die Intubation aufschiebt, bis der Patient cyanotisch wird. Man gebrauche anfangs nicht zu kleine Tuben, nach der ersten Extubation ist es jedoch von Vorteil, eine kleinere einzuführen, es wird dabei Decubitus leichter vermieden. Nach erfolgreicher Tubage wird im allgemeinen der Faden am besten entfernt, weil er dann meist nur

stört. Bei der Extubation soll alles zur Reintubation bereit sein. Tuben aus Hartgummi sind den metallenen entschieden vorzuziehen.

Verf. illustriert den Aufsatz mit 36 genau beobachteten Fällen.
Wachenheim (New-York).

A. Solimene. *Resoconto delle intubazioni eseguite negli infermi di croup ed altre malattie infettive all' Ospedale Cotugno in Napoli. (Bericht über die bei Krupppkranken und bei anderen Infektionskrankheiten angestellten Intubationen.)* (Archivi ital. di laringologia, fasc. 2, 1903.)

Von 55 Fällen, in denen Intubation angewendet wurde, 40 Heilungen.
Dotti (Florenz).

Duel. *The operative treatment of stenosis of the larynx following intubation and tracheotomy. (Die Operativbehandlung der Larynxstenose infolge von Intubation, resp. Tracheotomie.)* (N.-Y. Med. Journ., 2. Mai 1903.)

Unter Narkose soll eine möglichst große Tube eingeführt werden, die sechs Wochen liegen bleiben muß. Wenn Heilung dann noch nicht erfolgt ist, muß die Prozedur wiederholt werden.
Wachenheim (New-York).

G. Belfiore. *Intubazioni per laringostenosi acute e cronici clinico-statistici su 240 disterici. (Intubationen bei akuten Laryngostenosen und statistisch-klinische Bemerkungen über 240 Diphtherie-kranken.)* (Archivii ital. di laringologia fasc. 1, 1903.)

Eine Statistik der im Krankenhaus für infektiöse Krankheiten in Neapel geheilten Diphtheriefälle. Von 124 Intubierten heilten 65·4%. Unter den von Pharynx-Diphtherie Befallenen war die Sterblichkeit bloß 6·7%.
Dotti (Florenz).

R. Jemma. *Gangrena primitiva del faringe. (Ueber primäre Pharyngogangrän.)* (La pediatria, Nr. 5, 1903.)

Verf. veröffentlicht einen Fall eines elfjährigen Mädchens und hält denselben auf Grund eines genauen klinischen und anatomischen Studiums für primär.
Dotti (Florenz).

J. Brudziński. *Angioma der Hand und des Vorderarmes bei einem dreijährigen Knaben. (Demonstration).* (Polnisch). (Pamiętnik. Tow. Lek. Warsz. H. II.)

Auf der Röntgenphotographie die Handknochen degeneriert, die ganze Hand à la tortue. Prozeß verbreitet sich schon über das Ellenbogengelenk.
(Autoreferat).

J. Brudziński. *Demonstration eines Präparats von Mesenterialdrüsen, das zur Täuschung die Form und Größe einer Niere nachahmt.* (Pamiętnik. Tow. Lek. Warsz. H. II.)

Zu Lebzeiten wurde bei diesem 12jährigen Knaben bewegliche Niere diagnostiziert. Exitus an Meningitis tuberculosa. (Autoreferat.)

J. de Haan. *Primäres Angiosarcoma multiplex der Leber bei einem vier Monate alten Kinde.* (Aus dem Geneeskundig Laboratorium in Weltevreden [Java].) (Beiträge zur path. Anatomie und allg. Pathologie, 34. Bd., 2. Heft, S. 215.)

Der Autor bereichert die äußerst spärliche Kasuistik dieser Fälle durch folgende Beobachtung:

Das Kind wurde als das vierte am 26. Dezember 1901 geboren. Erste Schwangerschaft durch Abortus unterbrochen. Vater leugnet Lues. In den ersten Lebenswochen mit Ausnahme einer leichten Dyspepsie nichts Abnormes. Anfangs März intermittierendes Fieber und ziemlich starke, durch den vergrößerten linken Leberlappen bedingte Hervorwölbung des Epigastriums. Nach rechts reicht der scharfe Leberrand bis zum Nabel. Obere Lebergrenze tiefer stehend (siebente Rippe). Milz nicht vergrößert. In den folgenden 14 Tagen Zunahme der Lebervergrößerung derart, daß die Leber bis in die Fossa iliaca herabreicht. Es entwickeln sich Oedeme, namentlich an den unteren Extremitäten und Anfälle von Dyspnoe. Ikterus fehlte. Harn konnte nicht aufgefangen werden. Fäces stets gallig gefärbt. Im Blute keine Malaria plasmodien. 28. März 1902 Fluktuation im linken Leberlappen, die Probepunktion ergibt blutige Flüssigkeit mit ziemlich vielen Leukozyten. Am 1. April 1902 Exitus.

Bei der Sektion wurden in der 867 g schweren Leber multiple Tumoren verschiedener Größe gefunden, die einen durch Septen vom Lebergewebe bedingten, deutlich gelappten Bau zeigten, deren feinere Struktur durch stattgehabte Blutungen teilweise verwischt ist und die nirgends durch eine Kapsel vom Lebergewebe getrennt sind. Das Lebergewebe selbst erscheint teilweise abgeschnürt, teilweise durch Druck atrophisch. Die Hauptveränderungen fanden sich in den Gefäßen der Tumoren, namentlich erwiesen sich die Endothelien als geschwollen und in das Lumen hineingewuchert. Die Geschwulstbildung wird als multiples Angiosarkom oder Endotheliom der Leber angesprochen, dessen Ausgangspunkt die Gefäßendothelien sind und als dessen primärer Sitz, da sonst nirgends ein Tumor gefunden wurde, die Leber angesehen werden muß. Weitere histologische Details im Original. Unger (Wien).

A. Prandi. *Di un' endocardite traumatica latente.* (Ueber eine latente traumatische Endokarditis). (Gazz. degli Osp. e delle Clin. Nr. 47, 1903.)

Eine klinische Beobachtung an einem achtjährigen Kinde.

Dotti (Florenz).

G. Matteucci. *Un caso di ectopia cordis in feto vivo.* (Ein Fall von Ectopia cordis beim lebenden Fötus.) (Gazz. degli Ospedali e delle Clin. Nr. 62, 1903.)

Das Mädchen ist 48 Stunden am Leben geblieben. Es fehlte das Sternum und die Rippen waren durch ein fibröses Gewebe verbunden. Wegen der besonderen Lage des Herzens hat Verf. die Verkürzung des Herzdurchmessers und die Rotationsbewegung während der Systole prüfen können. Es existierten interaurikuläre und interventrikuläre Verbindungen. Herzspitze war ausschließlich durch den linken Ventrikel gebildet.

Dotti (Florenz).

Mc Hamill. *A case of congenital heart-disease with interesting eye-findings.* (Ein Fall von angeborener Herzerkrankung mit interessantem Augenbefund.) (Pediatrics, Mai 1903.)

Bei einem neunjährigen Knaben mit kongenitaler Herzerkrankung war eine Neuroretinitis nachzuweisen. Unter Angabe anderer Fälle aus der Literatur bemerkt Verf., daß die Augen-

läsion mit größter Wahrscheinlichkeit auf die bei diesem Kinde wenigstens bestehende hochgradige Cyanose zurückzuführen sei. Autopsie wurde verweigert, genaue anatomische Diagnose daher nicht möglich.

Wachenheim (New-York).

Ciechanowski und Gliński. *Ueber angeborene Dünndarmatresie.* (Polnisch.) (Przegląd Lekarski Nr. 33, 34.)

Vier Fälle mit ausführlicher anatomischer Beschreibung, mikroskopischer Untersuchung und embryologischer Erklärung auf Grund jetziger Kenntnisse. I. Fall. Duodenalatresie bei einem Neugeborenen. Gastrektasie, sonst normale Entwicklung. II. und III. Atresie des intest. ileum im unteren Abschnitte. Im III. Fall wurde sogar eine Enteroanastomose vorgenommen, jedoch ohne Nutzen. Verf. besprechen ausführlich und kritisch die herrschenden Theorien über das Entstehen der Atresie (Entwicklungsanomalie, pathologische Prozesse im Uterinleben, besonders Peritonitis). Verf. vertreten die Anschauung, daß es sich meistens um Entwicklungsanomalien handelt und die gefundenen Veränderungen als sekundäre aufgefaßt werden können wie im vierten Fall. (Darmlumen an der Grenze von Intestin. jej. et il. zweimal unterbrochen, trotzdem Darm mehrfach gewunden, Darmschlingen mit Peritoneum verwachsen). In diesem Falle die primäre Ursache außerordentlich langes Mesenterium. Peritonitis sekundär.

J. Brudziński (Warschau).

A. Karecewski. *Ein Fall von Cysta ovarii bei einem zehn Jahre alten Mädchen.* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 27, 28.)

Cyste von Hühnereigröße auf einem Stiel, der mehrfach gewunden war. Operative Behandlung. Heilung.

J. Brudziński (Warschau).

Rotch and Cushing. *A case of decapsulation of both kidneys (Edbohls Operation) in a boy nine and a half years old.* (Ein Fall von Entkapselung beider Nieren bei einem neunzehnjährigen Knaben.) (Arch. Pediatrics, August 1903.)

Die Ablösung der Nierenkapsel bei chronischer Nephritis ist bei Erwachsenen in der neuesten Zeit mehrmals ausgeführt worden; der betreffende Fall ist der erste bei einem Kinde. Die Ursache der Nephritis war nicht sicher festzustellen, der Knabe litt an progressiver Niereninsuffizienz. Kurz nach der Operation stellte sich einige Besserung ein: die Harnsekretion wurde reichlicher, die Oedeme verminderten sich; am 18. Tage trat jedoch ziemlich plötzlich der Exitus ein. Verf. will sich nicht definitiv über den Nutzen der Operation, namentlich bei Kindern, erklären; die Erfahrungen seien noch viel zu gering.

Wachenheim (New-York.)

de Lange (Amsterdam). *Cystitis by Zuigelingen.* (Tijdschrift voor Geneeskunde 1903, II, Nr. 9.)

Zwei Fälle von einige Tage dauerndem Fieber und mäßiger, bald nachfolgender oder gleichzeitiger Cystitis bei weiblichen Säug-

lingen von $5\frac{1}{2}$, resp. 11 Monaten. Saurer Harn, zentrif. Sediment von Plattenepithel, polynukleären Leukozyten und vielen durch Methylenblau färbbaren Stäbchen. Keine Vulvovaginitis. Druck auf Blase schmerzlos. Katheteruntersuchung wurde wegen schnellen günstigen Verlaufes nicht vorgenommen. In beiden Fällen bestand chronische Obstipation bei künstlicher Ernährung. Die Cystitiserscheinungen schwanden nach einigen Wochen. Die Verfasserin bringt das Fieber und die Cystitis in Zusammenhang und erinnert an Escherichs (1894) Kolicystitis, Baginskys (1896) Pyelitiden, Trumpps Fälle (1896), Hutinel, Roudet, Rey, Finkelstein u. a. Teixeira de Mattos (Rotterdam).

Rudolf Thierfeld. *Ueber Lithiasis bei Kindern.* (Prager med. Wochenschr. 1903, Nr. 35.)

In vier Jahren kamen am Prager Franz-Joseph-Kinderspitale 30 Fälle von Urolithiasis zur Behandlung, von denen 18 zur Sectio alta kamen, zweimal war diese und die Sectio mediana nötig. In zwei Fällen wurde die Lithotripsie angewendet, zweimal ging der Stein spontan ab. Bei einem 13jährigen Mädchen hatte sich der Stein um eine Haarnadel gebildet, die übrigen Beobachtungen betrafen Knaben. Die Größe der Steine variierte zwischen Hühnerei- und Erbsengröße, nach ihrer Zusammensetzung waren es Urate, Phosphate, selten Oxalate.

Die Beschwerden der Kinder und die objektiven Veränderungen an den Genitalien waren die üblichen (Oedeme, Exkoriationen, Verlängerungen der Vorhaut, einmal Rektumprolaps). Zum Schlusse bringt Autor Ausführliches über das Operationsverfahren und den Verlauf der Fälle. Neurath (Wien).

M. Baillet. *Intervention pour appendicite au debut.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 18.)

Entfernung des rezidivierend erkrankten Appendix. Heilung. Kurze Erörterungen über den Zeitpunkt der Operation.

Brüning (Leipzig).

Georg Amrein. *(Ein Fall von hereditärer Hexadaktylie nebst sechs weiteren Fällen von Polydaktylie.)* (Aus dem Kinderspital in Basel. Inaug.-Dissert. Basel, 1903.)

Es handelte sich um ein zweijähriges, im September 1902 im Baseler Kinderspital von Prof. Hagenbach-Burckhardt wegen Polydaktylie beider Füße operiertes Mädchen, dessen Vater, Großvater, Urgroßvater und sechs Schwestern ebenfalls je sechs Zehen an den Füßen, einzelne auch einen sechsten Finger an jeder Hand oder Schwimmbautbildung zwischen je zwei Fingern aufwiesen, während zwei Brüder der Patientin ganz normale Füße hatten.

Die Operation bestand in Exartikulation der beiden stark abstehenden und dadurch den Gang wesentlich beeinträchtigenden großen Zehen samt dazugehörigen, überzähligen Metatarsalknochen. Heilung und funktionelles Operationsresultat tadellos.

Durch sorgfältige Nachuntersuchungen der noch lebenden und von anderer Seite operativ behandelten polydaktylen Geschwister der fraglichen Patienten überzeugte sich Verfasser, daß regelmäßig nicht bloß Doppelbildung der Zehenphalangen, sondern ein gut entwickelter,

doppelter erster Metatarsalknochen vorhanden war, dessen Nichtextirpation bei Operation der Polydaktylie im Laufe der Jahre bei einzelnen Gliedern der Familie zu beträchtlichen Gehstörungen geführt hatte. Bei seinen Untersuchungen kommen Verf. mehrere der Arbeit am Schluß beigegebene, im Kinderspital ausgeführte und sehr instruktive Röntgogramme gut zu stehen.

Verf. bezeichnet es auf Grund seiner Befunde geradezu als einen Fehler, wenn bei der Operation der Polydaktylie ein eventuell vorhandener, überzähliger Metatarsalknochen zurückgelassen wird, zumal wenn derselbe stark entwickelt und daher auch leicht erkennbar und entfernbar ist.

Im Anschluß an dieses typische Beispiel von erblicher Uebertragung der Polydaktylie durch vier Generationen gibt Verf. noch eine summarische Beschreibung von sechs weiteren im Kinderspital beobachteten Polydaktylien, in denen es sich aber bloß um rudimentäre Formen — (Doppelbildung von Fingern oder Zehen ohne gleichzeitige Doppelbildungen der Mittelhand-, resp. Mittelfußknochen) — handelt.

Im Sinne der modernen, seit Gegenbauer wohl allgemein akzeptierten Anschauungen faßt Verf. die Polydaktylie ebenso wie die Mehrzahl der angeborenen Anomalien als *Vitium primae formationis* auf und wendet sich mit Recht sehr energisch gegen die immer noch in einzelnen Köpfen spukende spekulative, ursprünglich von Darwin inaugurierte Lehre, wonach die Polydaktylie nichts anderes als einen atavistischen Rückschlag bedeuten und auf die polydaktyle Urforn der Säugetiere hinweisen würde.

Wieland (Basel).

A. Heimann. *Ein Beitrag zur Behandlung der Otitis media.* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 33.)

Verf. vertritt die Methode der unblutigen Behandlung, mit Ausnahme der Otitis media bei Kindern, wo sich Meningealerscheinungen hinzugesellen. Wenn die unblutige Methode nicht bald nützt, führt der Verf. in solchen Fällen frühzeitig die Parazentese aus. Dasselbe betrifft die Otitiden im Gefolge von Infektionskrankheiten bei Kindern.

J. Brudziński (Warschau).

Karl Barbier. *Ein Beitrag zu dem Kapitel „Psychopathische Minderwertigkeiten“.* (Kinderfehler VIII. Jahrg. 5. Heft.)

B., Taubstummlehrer in Frankenthal, berichtet über einen Fall von erstaunlicher Besserung in der Anstalt bei einem taubstummen Mädchen von etwa 10 Jahren, das viele Jahre hindurch den Eindruck einer tief Blödsinnigen gemacht hatte.

Thiemich (Breslau).

Marx Lobsien (Kiel). *Einige Untersuchungen über das Gedächtnis der Schwachbegabten.* (Kinderfehler, VIII. Jahrg. 4. u. 5. Heft.)

Mühevoll Untersuchungen und Berechnungen, die zum Referat nicht einmal in Form kurzer Resultatangaben geeignet sind.

Thiemich (Breslau).

Ayote (Buenos-Aires). *Diagnostic précoce du myxœdème congénital.* (Arch. de méd. des enf. Tome VI, Nr. 9, S. 540.)

Verf. beschreibt einen Symptomenkomplex, in dem er die Invasionserscheinungen des kongenitalen Myxödems erblickt. Die an sich nicht charakterischen, erst in ihrer Vereinigung bei demselben Individuum bedeutungsvollen Zeichen sind folgende: 1. Eine Hernia, bzw. Pseudohernia umbilicalis von bläulicher Färbung und transversaler Lage, welche gewöhnlich keinen Darnteil enthält. 2. Eine

Makroglossie von geringen, nur bei der Besichtigung der Mundhöhle sichtbaren bis zu solchen Graden, daß die Zunge im Munde nicht mehr Platz findet. 3. Ein hartes Oedem und gelbliche Verfärbung der faltenlosen Haut. 4. Dauernd subnormale Temperaturen sowohl im Körperinnern als besonders an den Extremitäten. 5. Hartnäckige Verstopfung, mit stinkenden Diarrhöen abwechselnd. 6. Sehr große Schwankungen in der Wochenkurve des Körpergewichtes, 200 g pro Woche überschreitend.

Die Zahl der so beobachteten Fälle, in denen die Diagnose Myxödem vor Ablauf des ersten Lebenssemesters und vor Entwicklung der bekannten typischen Symptome gestellt wurde, ist noch gering. Soweit aus der kurzen Darstellung des Verfassers ersichtlich ist, wurde die Richtigkeit der Diagnose nur einmal bei einem Kinde, das der Behandlung entzogen blieb, später durch den Augenschein bewiesen, in allen anderen Fällen nur aus dem Heilerfolge der Schilddrüsenthherapie erschlossen. Das ist der schwache Punkt der ganzen Mitteilung, die als Anregung vielleicht wertvoll ist, aber vorläufig noch jeden Zweifel erlaubt.

Thiemich (Breslau).

F. Arnstein. *Ueber die Konvulsionen bei Kindern.* (Polnisch.) (Gazeta Lekarska Nr. 26 bis 29.)

Eine monographische Darstellung der betreffenden Frage auf Grund neuerer Forschungen auf diesem Gebiete und eigener klinischer Beobachtung (156 Fälle). Verf. betont die Tatsache, daß sehr viele von den früher als idiopathische Krämpfe aufgefaßten Fällen jetzt als sekundäre aufgefaßt werden. Besonders viel hat sich in diesem Sinne die Theorie der Intoxikation geändert.

Brudziński (Warschau).

Bourneville et Poulard. *Un cas de maladie des tics; guérison.* (Arch. de Neurolog., Vol. XVI, 2^e série 1903, Nr. 93, September.)

Das von Charcot als „maladie des tics“ bezeichnete Nervenleiden gilt im allgemeinen als unheilbar. Um die Lehre zu erschüttern, teilen Bourneville und Poulard die Krankengeschichte einer zwölfjährigen kleinen Pariserin mit, die durch zweijährigen Aufenthalt in der unter Leitung von Bourneville stehenden „Fondation Vallée“, einer Erziehungs- und Pflegeanstalt für Idioten, Hysteriker und Epilektiker, vollständig geheilt wurde. Die Entstehungsgeschichte der Erkrankung (Heredität, Milieu) und ihre Symptomatologie werden sehr anschaulich und genau geschildert. Der Fall gehört unzweifelhaft in die Gruppe der Hysteria magna. Da die Heilung ein halbes Jahr nach Rückkehr der Genesenen in die früheren Verhältnisse noch vollkommen war, glauben die Verfasser, daß sie von Dauer sein wird. Thiemich (Breslau).

V. Gaudini. *Un caso di opistotono isterico infantile.* (Ueber einen Fall von hysterischem Opisthotonus bei Kindern.) (La pediatria, Nr. 3, 1903.)

Die Abwesenheit hysterischer Stigmata hatte die Diagnose erschwert, die jedoch zuletzt in der raschen und bleibenden, durch

Suggestion erreichten Heilung eine Bestätigung fand, wogegen früher andere Mittel, orthopädische inbegriffen, umsonst angewendet wurden. Fälle von hysterischem Opisthotonus bei Kindern sind in der kinderärztlichen Literatur höchst selten und Verf., der die Bibliographie der letzten 25 Jahre durchgegangen ist, behauptet, daß der von ihm berichtete der einzige sichere Fall ist.

Dotti (Florenz).

A. Crzellitzer (Berlin). *Ein Fall von hysterischer Blindheit. Durch hypnotische Suggestion dauernd geheilt.* (Therapeutische Monatshefte, August 1903, Seite 403.)

Bei einem 12jährigen Mädchen völlig gesunder Eltern traten vier Jahre nach einer schweren Verletzung am Kopfe Kopfschmerzen, Schwindel und bisweilen Ohnmacht auf. Zufällig wurde auch bemerkt, daß das linke Auge blind sei. Später traten weitstanzähnliche Zuckungen auf. Dr. Cohn stellte die Diagnose auf hysterische linksseitige Amaurose und begann mit der Suggestivbehandlung in Hypnose. Am vierten Tage zählte das Kind mit dem vorher ganz blinden Auge richtig Finger auf 5 m Distanz. Kontrolluntersuchung ein Jahr hernach ergab noch bestehende Heilung. Aus der gesamten Literatur wurden 49 solche Fälle zusammengestellt. Die bestimmte Möglichkeit dieser Diagnose ist ein glänzender Beweis für die Exaktheit der Augenheilkunde. Die Netzhaut eines durch Hysterie amaurotischen Auges ist gegen Licht so unempfindlich, daß das Gehirn gar keine Eindrücke empfängt, so daß man mit Antonelli von einer Anästhesia sensorii hysterica sprechen kann.

Zuppinger (Wien).

Variot. *Paralysie partielle de la langue et des lèvres probablement liée à une malformation bulbaire chez une fille de 13 ans.* (Bull. de la Soc. de Péd. de Paris 1903, Nr. 5.)

Angeborene, sich in den letzten 4 Jahren langsam bessernde Störung beim Sprechen und Kauen, welche auf einer Parese der Zunge und des m. orbicularis oris beruht. Sonst nichts Abnormes, Intelligenz gut entwickelt. Verf. rechnet den Fall wegen des isolierten Funktionsausfalles im Bereiche des n. hypoglossus und teilweise auch des Facialis zum infantilen Kernmangel (Heubner).

Thiemich (Breslau).

C. Bracci. *Corea con atetosi da intossicazione intestinale.* (Chorea mit Athetosis aus Darmintoxikation.) (La Clinica moderna, 5. agosto 1903.)

13jähriger Knabe, seit einiger Zeit Magendarmstörungen. Choreatische und athetotische Erscheinungen, die zuletzt infolge absoluter Milchdiät verschwanden.

Verf. schließt Hysterie aus und legt die ganze ätiologische Bedeutung auf die Darmintoxikationsprozesse.

Dotti (Florenz).

T. Guida. *Contributo clinico all' etiologia e patogenesi ed alla terapia della corea del Sydenham.* (Klinische Beiträge zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie der Sydenhamschen Chorea.) (Bollettino delle Cliniche, Nr. 2, 1903.)

Dotti (Florenz).

E. Smith. *Behandlung der Chorea mit Ergotin.* (Brit. med. Journ. 18. Juli 1903, pg. 133.)

Autor verwendet das Präparat in einer großen Zahl von Choreafällen mit gutem Erfolg. Dieser trat schneller ein, als bei

Arsentherapie, ohne daß üble Nebensymptome beobachtet wurden; auch war das Ergotin in solchen Fällen wirksam, wo Arsenik im Stiche ließ. Autor gab ein Drachme (4 cm³) des flüssigen Ergotin-extrakts verdünnt mit Wasser, alle drei bis vier Stunden, Kindern jedes Alters. Bettregime ist nötig, denn wenn die Kinder aufbleiben, ist bei keinem Mittel die Chance für günstigen Erfolg groß. Eine Beigabe von einem oder zwei Tropfen von Liq. strychn. zu jeder Ergotindose scheint die Schnelligkeit der Wirkung noch zu steigern. Bisweilen ist es nötig, die Dosis zu erhöhen. Autor gab bis 1½ Drachmen alle zwei Stunden während des Tages und zeitweilig auch nachts, ohne daß üble Folgeerscheinungen auftraten und setzte diese Therapie fort, bis Zeichen der Besserung sich bemerkbar machten. In allen Fällen wurde die Ergotinbehandlung bis zu einem günstigen Erfolg fortgesetzt und stets beobachtet, daß eine vollständige Heilung sehr bald den ersten Zeichen der Besserung nachfolgte. Die Behandlung muß so lange angewendet werden, solange Inkoordination der willkürlichen Bewegungen besteht, denn nur wenn das Ergotin dieselbe gänzlich beseitigt hat, darf ein Rückfall nicht mehr befürchtet werden.

Melland (Manchester).

A. B. Gianasso. *Alcune considerazioni sulla patogenesi della corea del Sydenham. (Betrachtungen über Pathogenese der Sydenham-schen Chorea.)* (La Riforma medica, Nr. 16, 1903.)

Aus den Untersuchungen von 46 Choreafällen und dem Studium der Arbeiten über die Pathogenese der Erkrankung kommt Verf. zum Schlusse, daß die Nerventheorie die zutreffendste sei. Die Chorea sei also eine Neurose, die einen günstigen Boden finde in der so häufigen erblichen Nervosität der betreffenden Kinder, bei denen jede beliebige gelegentliche Ursache (akute oder chronische infektiöse Krankheit, eine Aufregung, Nervenkrankheit, Trauma, Reflexerscheinungen) zu einem choreatischen Verlauf Anlaß gebe.

Schwere Choreafälle mit Kardiopathie, Fieber, Arthropathie seien als Komplikationserscheinungen zu erklären; so sollen auch die zur Aufrechthaltung der Infektionstheorie herangezogenen Bakterienfunde und pathologisch-anatomischen Veränderungen ihre Erklärungen finden. Die Gegenwart der Bakterien Pianeses, Cesaris-Demels und anderer Beobachter sei eine ganz zufällige Erscheinung und nur der auf Choreaboden entwickelten sekundären Infektion zu verdanken. Dotti (Florenz).

J. Brudziński. *Ein Fall von Chorea electrica (Maladie de Bergeron.)* (Polnisch) (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. H. II.)

Ein sieben Jahre alter Knabe leidet seit längerer Zeit an sehr häufig auftretenden Anfällen. Blitzartige Erschütterung der Extremitäten besonders der oberen. Der Anfall dauert mehrere Sekunden, es gibt keine Vorboten, der Knabe verliert nicht das Bewußtsein, Intelligenz normal. Onanismus. Manchmal 50 Anfälle oder mehr am Tage, manchmal vergehen auch mehrere Stunden ohne Anfall. (Autoreferat).

A. Montfort. *De l'incontinence d'urine chez l'enfant.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 18.)

Montfort unterscheidet eine essentielle Inkontinenz von der organischen und bespricht eingehend die letztere, ohne in seiner Arbeit etwas neues zu bringen.

Brüning (Leipzig).

L. Bartenstein. *Headsche Zonen bei Kindern.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, Heft 3, S. 473.)

Verf. hat im Verlaufe von zwei Jahren zahlreiche Kinder in der Breslauer Kinderklinik auf das Vorhandensein hyperalgetischer Hautzonen untersucht, wie sie Head bei Viszeralerkrankungen ausführlich beschrieben und zu erklären versucht hat. Beabsichtigt war nicht sowohl eine Nachprüfung der Headschen Angaben — dazu sind Kinder wenig geeignet — als ein Studium der bei Kindern so häufig geäußerten Schmerzen in bezug auf ihre Lokalisation und Abhängigkeit von Organerkrankungen.

Auf die vom Verf. bei Erkrankungen innerer Organe gefundenen Zonen brauche ich hier nicht im einzelnen einzugehen; sie bestätigen im wesentlichen Heads Ergebnisse. Dagegen ist es wohl wichtig, darauf hinzuweisen, daß sich vielfach typische Zonen auch bei Kindern fanden, bei denen eine entsprechende Organerkrankung nicht zu finden, ja mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen war. Meist aber — und darin finde ich das Hauptinteresse der Arbeit — ließen sich an solchen Kindern neurasthenische Symptome oder Zeichen einer neuropathischen Konstitution, bzw. Beeinflussung, vereinzelt auch hysterische Erscheinungen feststellen. Verf. ist nicht geneigt, diese Hyperalgesien als hysterisch, d. h. psychogen, zu betrachten und begründet das durch die andersartige Verteilung der legitimen hysterischen Sensibilitätsstörungen, läßt aber die Auffassung gelten, daß die Zonen Ausdruck einer vorübergehenden abnormen Reizbarkeit der entsprechenden Spinalteile sind, von der aus auf einen pathologischen Latenzzustand des ganzen Zentralnervensystems vorsichtige Schlüsse erlaubt sind.

Thiemich (Breslau).

C. Mannini. *Alcuni casi di atassia ereditaria o m. di Friedreich.* (Ueber einige Fälle Friedreichscher Ataxie.) (La Riforma medica, Nr. 7, 1903.)

Krankheitsgeschichte von drei Fällen, bei drei Brüdern.

Dotti (Florenz).

Variot. *Forme fruste de paralysie pseudobulbaire chez un garçon de 6 ans.* (Bull. de la Soc. de Péd. de Paris 1903, Nr. 2.)

Kasuistische Beobachtung. Seit dem sechsten Monate wird eine Bewegungsstörung der linken Extremitäten bemerkt. Reizbar, aber nicht idiotisch.

Spricht nur mühsam wenige leichte Worte (papa, maman), Zunge schwer beweglich, verschluckt sich oft an größeren Bissen, Parese der Lippenmuskulatur, kann die Lippen nicht runden, nicht schmatzen oder pfeifen. Speichelfluß, Erschwerung des Kauens.

Gaumensegel anscheinend normal beweglich. Spastische Lähmung der linken Extremitäten, in geringem Grade auch des rechten Armes.

Der Fall wurde auch von Dejerine als Pseudobulbärparalyse gedeutet.

Thiemich (Breslau).

J. Brudziński. *Ueber Porenkephalie.* (Polnisch). (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. H. II.)

Es handelt sich um einen Fall, der als Little'sche Krankheit diagnostiziert wurde; beim Befinden charakteristischer Sprachstörungen wurde noch beim Leben Porenkephalie vermutungsweise diagnostiziert. Nach längerem Spitalaufenthalt entwickelte sich Lungen- und Darmtuberkulose. (12jähriger Knabe). Bei der Sektion außer erwähnten Lungen- und Darmveränderungen ein beträchtlicher Gehirndefekt im Lobus frontalis sin., der nach vorne und nach innen mit einem Loch von Hühnereigröße endete.

(Autoreferat.)

Maxim. Sternberg und Latzko. *Studien über einen Hemikephalus, mit Beiträgen zur Physiologie des menschlichen Zentralnervensystems.* (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 24, Heft 3 und 4.)

Nach einer übersichtlichen Darstellung der bisher über Hemicephalen vorliegenden Literatur und der wichtigen Aufschlüsse, welche die Anatomie des normalen Zentralnervensystems aus teratologischen Untersuchungen gewinnen kann, wird von Sternberg eine sehr eingehende Schilderung des makro- und mikroskopischen Befundes eines neuen, von den Verfassern beobachteten Falles gegeben. Aus dem anatomischen Material auch nur die Hauptsachen anzuführen, scheint mir im Rahmen eines Referats unmöglich.

Der zweite von Sternberg und Latzko bearbeitete Teil der umfangreichen Arbeit ist der Physiologie der Hemicephalen gewidmet. Von der Beobachtung des eigenen Falles, der $2\frac{1}{2}$ Tage lebte, ausgehend, führen die Verfasser auf, was in der Literatur zu finden ist, um auf die Lücken und zweifelhaften Punkte hinzuweisen, welche sich bei diesem Studium ergeben und bei weiteren Gelegenheiten besonders zu beachten sind. Wem der Zufall eine solche zuführt, der hat in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit meist nicht die Möglichkeit, einen umfassenden Beobachtungsplan selbst aufzustellen und soll ihn in der Arbeit der Verfasser finden.

Bezüglich der vielen interessanten Details muß auf das fleißige Original verwiesen werden. Nur eine Bemerkung allgemeinerer Art sei dem Referenten gestattet.

Im anatomisch-entwicklungsgeschichtlichen Teile (S. 216) wird der — sicher richtige — Standpunkt vertreten, daß „Form und Bau des Nervensystems der Mißgeburten nicht so sehr von dem Zugrundegehen oder der Nichtentwicklung einzelner Teile bestimmt werden, als vielmehr hauptsächlich von der selbstständigen Entwicklung der nervösen Einzelanlagen, die in einem gewissen Grade unabhängig von der Gesamt-

entwicklung ist. Die Untersuchung eines solchen Geschöpfes zeigt uns also nicht das, was vom Nervensystem nach dem Ausfall bestimmter Teile übrig geblieben ist, sondern das, was sich unter einer das Medullarrohr betreffenden Schädigung entwickelt hat“.

Dieselbe weise Kritik gilt m. E. auch für die physiologische Würdigung, was in der Arbeit nirgends zum Ausdruck kommt und muß uns davor bewahren, weitgehende Schlüsse auf die Lokalisation der beobachteten Funktionen bei normalen Kindern zu ziehen. Es ist doch eine heute weder unbekannte noch unwahrscheinliche Lehre, daß sich unter pathologischen Verhältnissen die funktionellen Beziehungen sub- oder koordinierter Zentren derart verschieben, daß bei funktionellem oder anatomischem Wegfalle höherer Zentren die niederen eine Selbständigkeit gewinnen, die ihnen in der Norm nicht zukommt. (Vergl. Peritz: Bulbärparalysen. Referat dieser Monatsschr., Bd. I, S. 53.)

Die auf solche Beobachtungen gebauten Schlüsse können richtig sein, sie können sich aber, so gut sie begründet scheinen, jeden Augenblick als falsch erweisen. Thiemich (Breslau).

Q. Bombicci. *Sull' encefalite emorragica con speciale riguardo alla forma tubercolare.* (Ueber hämorrhagische Encephalitis mit besonderer Berücksichtigung der tuberkulösen Form.) (Rivista di Freniatria. fasc. I u. II 1903.)

Makro- und mikroskopische anatomische Forschungen über 9 Fälle von hämorrhagischer Encephalitis, wovon die meisten bei Kindern.

Häufiger die Hirnrinde befallen, weniger häufig die Ganglien, höchst selten das Mark. In der weißen Substanz ist der Prozeß sekundär. In der grauen Substanz werden folgende Veränderungen beobachtet. Violettrote Färbung der Gehirns substanz, Zunahme der Vaskularisation. Herde mit hämorrhagischen Flecken, Erweichung und hie und da Zunahme der Dichte wegen Entzündungsneubildungen; Kongestion der Hirnhäute, Trombose der Hirnhautgefäße und der Sinus.

Mikroskopisch sind die bedeutendsten Tatsachen die Gefäßneubildung, das Exsudat, und die kapillären Hämorrhagien.

Im Kindesalter hat der Prozeß eine sehr begrenzte Verbreitung mit Merkmalen der jüngsten anatomischen Veränderungen.

Von den ätiologischen Momenten der Encephalitis ist die Tuberkulose das häufigste, und die Encephalitis, mit käsiger Adenitis verbunden, kann die einzige tuberkulöse Erscheinung bei einem Individuum bilden.

Dotti (Florenz.)

Karl Beck. *Ein Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Meningitis serosa (interna) acuta im Kindesalter.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 58, Heft 3.)

Verf. beschreibt aus der inneren Abteilung des Aachener Luisenhospitals fünf Fälle im Alter von sechs Monaten bis 4½ Jahren.

Allen gemeinsam ist ein zerebrales bzw. meningitisches Krankheitsbild von drei bis sieben Wochen Dauer, mit meist geringen unregelmäßigen Temperatursteigerungen und frühzeitig zur Entwicklung kommender Neuritis optica.

Geheilt ist nur der erste Fall, ein 13 Monate altes, schwer rachitisches Kind, bei dem unter vereinzelten Krampfanfällen im Laufe von drei Wochen eine erhebliche Volumenzunahme des Schädels eingetreten war. Lumbalpunktion ergab 25 cm³ einer wasserklaren Flüssigkeit von normaler Zusammensetzung und frei von Bakterien.

Wenige Tage darauf beginnende Besserung des Zustandes, Rückgang der Neuritis optica und Verkleinerung des Schädels. Gesamtkrankheitsdauer vier bis fünf Wochen.

Von den übrigen Fällen blieb die Lumbalpunktion bei zwei Kindern ergebnislos, bei den anderen förderte sie klaren Liquor zutage, der in einem Falle steril war, im anderen den Staphylococcus pyogenes albus und den Streptococcus pyogenes enthielt.

Die Sektion ergab immer beträchtliche Ventrikelerweiterung mit Kompressionswirkungen am Gehirn und wenigstens mikroskopisch entzündliche Veränderungen der Meningen, Plexus und des Ependyms mit Fibrinauflagerungen im Bereich der Vorder- und Hinterhörner, in dem durch Staphylokokken und Streptokokken bedingten Fall eine zirkumskripte Meningealeiterung an der Hirnbasis. In keinem der Fälle waren Mikroorganismen durch Färbung nachzuweisen, dagegen erwies sich in einem Falle der Ventrikelinhalt makroskopisch als serös-eitrig mit fibrinös-eitriger Meningitis spinalis.

Beobachtungen, wie die von Beck mitgeteilten, sind in der deutschen Kasuistik spärlich vertreten, um so reichlicher aber in der französischen. Von dem Quinckeschen Begriffe der Meningitis serosa auf angioneurotischer, nicht parasitärer Basis sind diese Zustände streng zu trennen, wenn auch die bakteriologische Untersuchung Sterilität der Zerebrospinalflüssigkeit zu ergeben scheint. Eine Aenderung der zu Mißverständnissen förmlich zwingenden Nomenklatur tut dringend not.

Thiemich (Breslau).

Albert Brion. *Ueber Cytodiagnostik.* (Zentralbl. f. allgem. Path. u. pathol. Anat. Band XIV, 1903, Nr. 15.)

Zusammenfassendes Referat über diesen auch in der Pädiatrie jetzt viel bearbeiteten Gegenstand.

Thiemich (Breslau).

P. d'Orlandi. *Contributo atto studio della citodiagnosi in alcune malattie infantili. (Beitrag zur Kenntnis der Cytodiagnose bei einigen Kinderkrankheiten.)* (La pediatria, Nr. 1, 1903.) Eine klinische Vorlesung.

Verf. hat in der Kinderklinik von Bologna eine große Anzahl Lumbal- und Probepunktionen ausgeführt und gibt nun eine Uebersicht der Literatur und der von seinen Vorgängern bei verschiedenen Krankheiten erhaltenen Resultate. Er berichtet über die Ergebnisse seiner Forschungen über die cerebrospinale Flüssigkeit in 35 Fällen (Meningitis, Hydrocephalus, Chorea u. s. w.), über die

pleuritische Flüssigkeit in 16 Fällen und über die peritoneale Flüssigkeit in 3 Fällen.

Verf. hat die mononukleären Formen besonders vorwiegend gefunden in der cerebrospinalen Flüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis (beinahe immer), in der pleuritischen Flüssigkeit bei Pleuritis mit chronischem Verlauf und in der peritonealen Flüssigkeit bei chronischer Peritonitis. Bei akuter Pleuritis überwiegen polynukleäre Formen. In der cerebrospinalen Flüssigkeit verschiedener Formen von Chorea, Tetanie, Gehirndiplegie, chronischem Wasserkopf u. s. w. beobachtete Verf. keine Formelemente oder doch so wenige, daß sie keinerlei Berücksichtigung verdienen.

Dotti (Florenz).

Finkelnburg. *Ueber Pupillenstarre bei hereditärer Syphilis.* (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 23. Bd., S. 473.)

Von den 3 Beobachtungen, über die Verf. aus der Bonner medizinischen Klinik berichtet, betrifft nur die erste ein Kind.

Ein neunjähriger, bisher gesunder Knabe, dessen Vater an Syphilis und Tabes gelitten hat und dessen Mutter mehrfach abortiert und lebensschwache Kinder zur Welt gebracht hat, zeigt außer einer erheblichen Vergrößerung der Leber (häufige Schmerzanfälle in der rechten Bauchseite) und Albuminurie einseitige Pupillenstarre mit Aufhebung der Konvergenz und Akkomodation und träge Reaktion der anderen Pupille.

Dies mit kurzen Worten die Beobachtung. Die weiteren Ausführungen müssen im Original aufgesucht werden.

Thiemich (Breslau).

Griffin. *Diagnosis and treatment of hereditary syphilis.* (Diagnose und Therapie der hereditären Syphilis.) (N.-Y. Med. Journ., 14. März 1903.) Wachenheim (New-York).

M. M. Vargas. *Syphilis héréditaire précoce avec hypertrophie de la rate, coryza congénital, dystrophies veineuses abdominales et pemphigus généralisé aux membres inférieures.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 19.)

Der Titel gibt den Inhalt der kasuistischen Mitteilung zur Genüge wieder.

Brüning (Leipzig).

Delcourt. *Otite suppurée double. — Méningite tuberculeuse.* (Arch. de méd. des enf. Tome VI, Nr. 9, pag. 546.)

Das Interesse der kasuistischen Mitteilung beruht darauf, daß eine dissoziierte Augenmuskellähmung hier nicht auf eine Hirnerkrankung, sondern auf eine Kompression des n. oculomotorius in seinem Verlaufe an der Hirnbasis vor der Vereinigung der einzelnen Wurzelfasern zurückzuführen war.

Der Nachweis einer reinen Lymphocytose im Lumbalpunktat bewahrte die behandelnden Ohrenärzte vor unnötigen chirurgischen Eingriffen, die durch die Mittelohreiterung zunächst nahegelegt wurden.

Thiemich (Breslau).

R. Jemma. *Meningite tubercolare a lungo decorso. (Ueber tuberkulöse Meningitis mit langem Verlaufe.)* (Cronaca della Clinica med. di Genova, 1. April 1903.)

Verf. berichtet über einen Fall tuberkulöser Meningitis mit langem Verlaufe und tödlichem Ausgang bei einem 13jährigen Mädchen. Autopsie wurde nicht erlaubt, die Diagnose war jedoch für Verf. wegen der klinischen Erscheinungen bei der Kranken, wegen der Beschaffenheit der zerebrospinalen Flüssigkeit und der bei den injizierten Meerschweinchen aufgetretenen Erscheinungen von allgemeiner Tuberkulose in allen Organen über allen Zweifel erhaben.

Krankheitsdauer im ganzen 125 Tage; während derselben wurden zahlreiche Lumbalpunktionen und Injektionen von Tuberkularantitoxin Maragliano von je 10 cm³ in die Rückenmarkshöhle vorgenommen.

Verf. glaubt die ausnahmsweise lange Dauer der Krankheit in diesem Falle höchst wahrscheinlich der Entziehung der zerebrospinalen Flüssigkeit und der Anwendung des Tuberkularantitoxins zuschreiben zu müssen. Erstere entfernte wahrscheinlich eine gewisse Menge Toxine und letztere vermehrte die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die spezifische Infektion.

Dotti (Florenz).

Guinon. *Hémiplégie alterne (type Weber) par tubercule du pédoncule droit chez un enfant de 14 mois. (Présentation de la pièce anatomique.)* (Bullet. de la Société de Pédiatrie de Paris 1903, Nr. 5.)

Kurze kasuistische Mitteilung. Dauerndes konvulsivisches Zittern der linksseitigen Extremitäten, rechtsseitige Ptosis. Haselnußgroßer Tuberkel, die Breite und den inneren Teil des Hirnschenkelfußes einnehmend.

Thiemich (Breslau).

Simon. *Tubercule du cercelet.* (Rev. mens. des malad. de l'enf. 1903, S. 306.)

Kasuistische Mitteilung. Die völlig klare Zerebrospinalflüssigkeit enthielt bei der ersten Lumbalpunktion nur wenige, bei der zweiten eine ziemlich große Zahl von Lymphozyten; sie war überdies bei der zweiten Punktion leicht gelblich und enthielt keine Spur des per os verabreichten Jods.

Thiemich (Breslau).

Foa. *Tubercolo cerebellare guarito. (Geheilte Hirntuberkel.)* (Giorn. della R. Accad. di Torino, Nr. 6, 1903.)

Zehnjähriges Kind. Hatte im zarten Kindesalter an Meningitis gelitten. Tod erfolgte an posttyphöser Nephritis. Bei Autopsie in der weißen Substanz der linken Hirnhemisphäre ein Knoten mit zwei kleinen käsigen Herden. Adhäsive Pachymeningitis.

Dotti (Florenz).

G. B. Allaria. *Tuberculosis primitiva degli organi sessuali femminili. (Primäre Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane.)* (La pediatria, Nr. 6, 1903.)

Elfjähriges, an miliarer Tuberkulose gestorbenes Mädchen. Sektion: Ein einziger alter Tuberkelherd in der Gebärmutter und den Salpingen. In der Literatur wenige sicher beglaubigte Fälle dieses Leidens.

Dotti (Florenz).

B. Schick und H. Ersettig. *Zur Frage der Variabilität der Diphtheriebazillen.* (Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 35.)

Die Untersuchungen galten der Widerlegung des Standpunktes Zupniks, der zwei Arten der Diphtheriebazillen, die in ihrem morphologischen Verhalten differieren, gefunden, und die Tatsache, daß die Bretonneausche Diphtherie vom Loefflerschen Bazillus hervorgerufen werde, bestritten hat. Das Ergebnis der Untersuchungen ist: Die aus klinischen Fällen von Bretonneauscher Diphtherie gezüchteten Bazillen wachsen auf Agar und in Bouillon in zwei Formen, die sich ineinander überführen lassen. Beide Formen zeigen positive Neissersche Körnchenfärbung, beide produzieren in nicht konstant verschiedenen Mengen Säure. Die von ihnen erzeugten Toxine sind identisch und können durch Diphtherieantitoxin neutralisiert werden. Dem agglutinierenden Serum gegenüber verhalten sich beide Formen gleich. Neurath (Wien).

E. Wieland (Basel). *Ueber Diphtherieheilserum.* (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte Nr. 14 und 15, 1903.)

Der Inhalt bildet im wesentlichen eine resumierende Darstellung eingehender, im Jahrbuch für Kinderheilkunde (Bd. 57, III. Folge, 7. Bd. 1903) erschienener Untersuchungen über die Wirkungsweise des Heilserums bei operativen Larynxstenosen. Wieland (Basel).

E. Mensi. *Sulle complicazioni faringo-laringee della difterite primitiva nasale nei lattanti. (Ueber pharyngo-laryngeale Komplikationen bei nasaler primärer Diphtherie von Säuglingen.)* (Giornale della R. Accademia di Medicina, Torino, Nr. 2 bis 3, 1903.)

Die primäre nasale Diphtherie ist bei Säuglingen viel häufiger als im späteren Kindesalter, da die Nasenschleimhaut in den ersten Lebenstagen immer hyperämisch ist und die physiologische Atmung bei Säuglingen ausschließlich auf diesem Wege erfolgt.

Das Leiden tritt nicht immer mit den klassischen Erscheinungen der Nasendiphtherie auf; das Exsudat kann statt serofibrinös eitrig, schleimig eitrig und schleimigblutig sein und dennoch von einem wegen seiner gesamten Eigenschaften mit dem Diphtheriebazillus identischen Bazillus herrühren.

Die Prognose der primären diphtherischen Rhinitis ist im allgemeinen günstig; Komplikationen von seiten des Pharynx und Larynx, der Lunge, der Nieren, die den Verlauf verschieden beeinflussen, sind jedoch, wie bei jeder anderen Diphtherieform so auch hier, trotz ihres milden Charakters, nicht ausgeschlossen.

Solche Komplikationen sind jedoch selten; in der Tat verfügt Verf. nur über zwei Beobachtungen der Art, obwohl er im Findelhaus öfters Gelegenheit hatte, primäre Nasendiphtherie bei Säuglingen zu studieren. Der Grund dieser Seltenheit liegt auch in der geringen Kenntnis der primären Lokalisierung des Diphtherieserums in den Nasenhöhlen der Säuglinge und in der Möglichkeit, solchen Komplikationen mit energischer und früher Anwendung der anti-diphtherischen Serumtherapie vorzubeugen.

Neugeborene und Säuglinge ertragen die antidiphtherische Therapie in hohen, starken Dosen sehr gut. Verf. glaubt also, daß sofort 1000 I.-E. durch mehrere Tage hindurch nacheinander oder jeden zweiten Tag zu injizieren seien.

Bei diesem so guten Vertragen der Säuglinge gegen Serum-injektionen pflegt Verf. auch in jedem nur verdächtigen Falle eine ganze Dosis Heilserum zu injizieren, eine Methode, die nicht nur vor jeder Verzögerung der Kur sicherstellt, sondern auch Komplikationen vorbeugt.

Dotti (Florenz).

M. Ponticaccia e C. Pasinetti. *Un documento per la storia della setticoemia difterica. (Ein Beitrag zur Geschichte der diphtherischen Septikämie.)* (Arch. di Patologia e Clin. infantile, Nr. 2, 1903.)

Siebenjähriger Knabe: Diphtherie, dann hyperakute zerebro-spinale Meningitis; Tod am dritten Tage; Kur: zahlreiche Injektionen Pasteurschen Serums. Sektion: Meningitis, Lungenkongestion, parenchymatöse Nephritis, Leberverfettung, Löfflersche Bazillen in Reinkultur in der zerebrospinalen Flüssigkeit.

Dotti (Florenz).

A. Germani. *Intorno a qualche caso di difterite. (Ueber einige Diphtheriefälle.)* (Gazz. degli Osped. e delle Clin. Nr. 50, 1903.)

Drei Fälle. Klinische Beobachtungen. Dotti (Florenz).

Cao. *La difterite in Cagliari nel decennio 1892—1901. (Die Diphtherie in Cagliari im Jahrzehnt 1892 bis 1901.)* (Giorn. della Reale Soc. it. d'igiene, Nr. 2, 1903.)

Aus den Statistiken des Verf. ergibt sich eine bedeutende Verminderung der Diphtherie in Cagliari, und diese Verminderung wird im zweiten Quinquennium noch bedeutender, dank der Serumtherapie.

Dotti (Florenz).

Illoway. *A contribution to the natural history of diphtheria. (Ein Beitrag zur Naturgeschichte der Diphtherie.)*

Peter. *Post-diphtheritic paralysis affecting the general nervous system. (Postdiphtheritische Lähmung im allgemeinen Nervensystem.)*

Felt. *Post-diphtheritic paralysis affecting the ear and throat. (Dieselbe im Bereich des Ohres und des Rachens.)*

Schwenk. *Post-diphtheritic ocular-paralysis. (Postdiphtheritische Augenlähmung.)* (Pediatrics, April 1903.)

Die vier umfangreichen Aufsätze enthalten nichts wesentlich Neues.

Wachenheim (New-York).

E. Stinelli. *Azione simultanea delle sostanze proteiche del bacillo tifoideo e della tossina difterica. (Riforma medica, Nr. 14, 1903.)*

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen.

Dotti (Florenz).

A. Malinowski. *Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Diphtherie und des Scharlachkrupp. (Polnisch.)* (Gaseta Lekarska, Nu. 25 bis 27.)

Eigentlich sind es "praktische Winke zum Vorgehen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung bei der Diphtherie in Ver-

hältnissen, wo man bakteriologische Untersuchung nicht zur Hilfe rufen kann. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Diphtherie ist es nicht, weil er nichts neues bringt. In betreff des Scharlachkrupp sucht Verf. auf Grund mehrerer vorgeführter, aber bakteriologisch nicht untersuchter Fälle zu zeigen, daß es sich meistens um Laryngitis-Diphtherie als Komplikation des Scharlachs handelt; einen Beweis liefert dem Verf. die prompte Wirkung des Diphtherieheilserums. Die Beobachtungen haben keine Beweiskraft, besonders beim Mangel der bakteriologischen Untersuchung.

J. Brudziński (Warschau).

J. Widowitz. *Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlach.* (Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 40.)

Trotz der Erkenntnis der Erfolglosigkeit des Mittels gegen chronische Albuminurien wurde das Urotropin mit Rücksicht auf seine ausgesprochene desinfizierende Wirkung in 102 Fällen von Scharlach versucht. Nie kam es zur Nephritis. In zwei Fällen schwand eine eingetretene Albuminurie auf Urotropin rasch, ohne daß sich eine Nierenentzündung entwickelte.

Eine dem Alter des Kindes entsprechende Dosis wurde sogleich bei Beginn der Erkrankung an drei aufeinanderfolgenden Tagen und ebenso zu Beginn der dritten Woche, in welcher Nephritis am häufigsten beobachtet wird, dieselbe Dosis durch drei Tage verabreicht. Das Mittel wurde stets gut vertragen und es konnte nie eine schädliche Wirkung beobachtet werden.

Neurath (Wien).

Haakma Fresling. *Noeijets over Mazelen.* (Tijdschrift voor Geneesk. 1903, I, Nr. 26. Ibid. 1903, II, Nr. 2.)

Ein Gesetz vom Jahre 1872 bestimmte, daß in Holland auch Masern, ebenso wie Skarlatina und einige andere Infektionskrankheiten zur Anzeige gebracht und durch einen Zettel an der Wohnung öffentlich bekanntgegeben werden sollten.

Im Jahre 1899 wurde dieses Gesetz aufgehoben und nur dann noch sollten Masern anzugeben sein, wenn die Bösartigkeit einer Epidemie besondere Schutzmaßregeln nötig machen würde.

Haakma Fresling, der den Lauf einiger Masernepidemien vor dem Zustandekommen des Gesetzes von 1872 beschrieben hatte und auch einige Epidemien zwischen 1872 bis 1899 releviert hat, hat sich aufs Neue verdient gemacht, indem er in bekannt klarer Weise angibt, wie eine ziemlich schwere Masernepidemie in Winschoten, von April bis Juli 1902, mit 700 wohl konstatierten Fällen und 6·28 $\frac{0}{100}$ Tod sich nicht besonders verbreitet hat. Die meisten Orte im östlichen und südlichen Teil der Provinz (Groningen) waren, wahrscheinlich durch die Epidemie 1900, so gut wie immunisiert.

Eine Karte von Winschoten und Umgegend ist beigelegt. Mit Recht weist Haakma Fresling darauf hin, wieviel sicherer die Ergebnisse einer Masernforschung sind ohne das Gesetz von 1872. Viele Leute wollten keine lästigen Zettel an der Türe; und viele

Ärzte gaben nur den ersten Fall in einer Familie an oder nannten im Notfall, wenn die Angabe versäumt war und ein Kind starb, nur die Komplikation als Todesursache.

Haakma Fresling sandte eine vertraute Person durch die ganze Stadt (Winschoten) mit einer Liste, auf welcher Name, Wohnort, Geschlecht und Alter des Kranken, sowie Ausgang der Krankheit zu verzeichnen waren.

Weil sich niemand vor dem Gesetz fürchtete, bekam er ein klares Bild.

Er fand, wie stets früher, mehr weibliche Patienten gestorben als männliche und eine geringere Empfänglichkeit des ersten Lebensjahres, aber keineswegs, wie Barthez und Rilliet behauptet haben, daß Masern im ersten Lebensjahre selten seien.

Vielleicht wird die geringe Morbilität im ersten Lebensjahre zum Teil noch dadurch veranlaßt, daß solche Kinder mehr allein schlafen.

Haakma Fresling vertritt den jetzt wohl allgemeinen Standpunkt, daß Masern mehr als einmal durchgemacht werden können. Außerdem gibt er noch eine Beobachtung zum Beweis, daß Masern indirekt übertragen werden können.

Als diagnostisches Hilfsmittel betrachtet Verf. einen spezifischen Masernergeruch im Anfang der Krankheit beim Ausbrechen des Schweißes. Der „duftende Schweiß“ wird indessen bekanntlich von vielen gelegnet. Teixeira de Mattos (Rotterdam).

Variot. *Hémiplégie passagère avec état apoplectiforme au cours d'une rougeole.* (Bull. de la Société de Pédiatrie 1903, Nr. 6.)

Bei einem fünfjährigen Knaben tritt in der Rekonvaleszenz von mittelschweren Morbillen abends ein Aufregungszustand ein, infolgedessen er aus dem Bett stürzt. Wieder zu Bett gebracht, zeigt er nach wenigen Minuten Verlust des Bewußtseins und eine totale rechtsseitige Hemiplegie unter akutem hohen Fieberanstiege.

Lumbalpunktion ergibt normalen Druck und Liquor.

Schon am dritten Tage danach beginnt eine Besserung der Beweglichkeit und des Sensoriums, die rasche Fortschritte macht. Am längsten, aber auch nur wenige Tage lang, blieb die Aphasie zurück, die bald ebenfalls verschwand.

Die Pathogenese des Zustandes ist dunkel.

Thiemich (Breslau).

Somerset. *A few differential diagnoses in connection with the ecanthemata.* (Einige Differenzialdiagnosen im Bereich der Eranthemie.) (N.-Y. Med. Journ., 23. Mai 1903.)

Eine interessante Angabe von sechs Fällen; zum ausführlichen Referat nicht gut geeignet. Wachenheim (New-York).

Aldrich. *Neuritis from whooping-cough.* (Neuritis beim Keuchhusten.) (N.-Y. Med. Journ., 6. Juni 1903.)

Bei einem vierjährigen Knaben traten in der achten Woche einer schweren Pertussis Schmerzen und Lähmungen in den Ex-

tremitäten auf, bald darauf Gaumenlähmung und Aufhebung, resp. Herabsetzung der Reflexe. Wegen der Unbändigkeit des kleinen Patienten konnte Entartungsreaktion nicht nachgewiesen werden, die Atrophie war mäßig. Heilung erst nach drei bis vier Monaten. Umfangreiche Literatur. Wachenheim (New-York).

Graham. *Pertussis with unusual cerebral symptoms. (Pertussis mit außergewöhnlichen Gehirnsymptomen.)* (N.-Y. Med. Journ. 20. Juni 1903.)

Seit der sechsten Krankheitswoche progressive Somnolenz, zuerst mit normalem Puls und Temperatur, später Anstieg derselben mit Cheyne-Stokes-Atmung, dilatierter träger Pupille, partieller Lähmung der Extremitäten. Bald nach der Aufnahme, in der neunten Woche, stieg die Temperatur auf 41° , Exitus nach zwei Tagen unter spastischen Erscheinungen. Lumbalpunktion negativ. Wachenheim (New-York).

Kilmer. *Whooping-cough, a new method of treatment. (Keuchhusten, eine neue Therapie.)* (N.-Y. Med. Journ. 29. Juni 1903.)

Medikamentöse Behandlung mit Abwechslung von Antipyrin, Chinin und Brom; mechanische Unterstützung des Thorax und Abdomen durch elastische Binden gegen anhaltendes Erbrechen. Wachenheim (New-York).

Cesarani. *Ospedale italiano di Buenos-Ayres. Tosse convulsa febrile: tipo intermittente quotidiano. (Italienisches Krankenhaus in Buenos-Ayres. Fieberhafter Keuchhusten. Quotidianfiebertypus.)* (La Riforma med., Nr. 9, 1903.)

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem Fieberanfälle durch elf Tage andauerten, ohne daß das Chinin irgend eine Wirkung ausüben konnte. Er hat jedoch keine Tatsachen vorgebracht, die andere gewöhnliche Fieberquellen ausschließen könnten.

Dotti (Florenz).

Hermann Kittel (Mückenberg). *Kurzer Beitrag zur Therapie des Keuchhustens.* (Therapeutische Monatshefte, August 1903, Seite 408.)

Anwendung des Aristochins bei 34 Kindern, die an Keuchhusten litten, mit der Dosierung nach Stursberg: Kinder unter einem Jahre im allgemeinen dreimal täglich so viel Zentigramm als sie Monate zählen, bis zu 0.10, größere Kinder bis zu dreimal täglich 0.20. Die Gesamtbehandlungsdauer schwankte zwischen zehn Tagen bis rund vier Wochen. Es fand also gegen seine früheren medikamentösen Behandlungsmethoden eine wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer statt. Auffallend eklatant war die Wirkung bei Kindern unter einem Jahre; es erfolgte hier verhältnismäßig die Heilung am schnellsten. Besonders dankbar erwies sich die Darreichung des A. bei beginnendem Keuchhusten, der dadurch oft fast kupiert wurde. Nicht zu unterschätzen war die vorzügliche Einwirkung des A. auf die Hebung des Appetits, auch

sollen die Kinder dieses Präparat ohne Schwierigkeiten nehmen. Kittel empfiehlt also das A. auf das wärmste zur Behandlung der Pertussis.

Zuppinger (Wien).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

Mackenzie. *Untersuchung der Beziehungen zwischen Vakzination und Kindersterblichkeit.* (Brit. med. Journ. 15. Aug. 1903.)

Es besteht in gewissen Kreisen Englands der weitverbreitete Glaube, daß die Vakzination an sich schädlich wirkt, und diese Meinung ist sogar in die Gesetzgebung eingedrungen, insofern jeder, der behauptet, daß die Vakzination seinem Kinde nach seiner Ueberzeugung schädlich sei, von der sonst obligaten Pflicht, das Kind impfen zu lassen, enthoben wird. Verf. hat sich daher der verdienten Aufgabe unterzogen, in dem Distrikt, wo er als Sanitätsbeamter wirkt, die Todesursache und die Zeit des Todes bei allen dort geborenen Kindern zu ermitteln, wobei er zwei Tabellen, die der Vakzinierten und die der Nichtgeimpften aufstellte. Es handelte sich innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren um 987 Kinder, deren Lebensgeschichte bis zum zwölften Monate verfolgt wurde. Von diesen waren 706 geimpft, davon starben 60 vor dem ersten Lebensjahr, d. h. 8.49% ; während von den 281 Nichtgeimpften 45 starben, d. h. 16.01% . Daraus ergibt sich, daß die Vakzination weit entfernt ist, eine schädliche Applikation zu sein, ja daß die Todesziffer bei den Nichtgeimpften fast zweimal so groß ist wie bei den Vakzinierten. Diesen eklatanten Effekt schreibt Verf. verschiedenen Ursachen zu. Er ist der Ansicht, daß die Vakzination an sich keineswegs die Vitalität der Kinder schädigt, sondern, abgesehen von gewissen Hautaffektionen, wie Ekzem, Impetigo etc., entweder indifferent ist, oder sogar günstig auf konkurrierende Krankheiten einwirkt. Andererseits ist wohl zu beachten, daß viele Kinder wegen zu großer Schwäche ungeimpft gelassen wurden, wodurch die Sterblichkeitsziffer der Ungeimpften erheblich anschwillt; ferner daß eine gewisse Zahl der ungeimpften Kinder teils von unwissenden und nachlässigen Eltern, teils von nervösen, unbeständigen, schwächlichen Eltern abstammte und daher unabhängig von der Vakzination durch mangelnde Ernährung oder infolge hereditärer Belastung zugrunde gingen.

Melland (Manchester).

A. Magrassi (Brescia): *Resoconto statistico sanitario della sezione chirurgica dell'ospedale dei bambini „Umberto I^o“ in Brescia.* (Sanitäre Statistik der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals „Humbert I^o“ in Brescia.) (La pediatria, Nr. 7, 1903.)

Dotti (Florenz).

H. Finkelstein und L. Ballin. *Die Waisensäuglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl.* Ein Beitrag zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen. (Berlin, Wien 1904. Urban & Schwarzenberg.)

Die Verfasser erstatten Bericht über die Entstehungsgeschichte, die Aufgabe, bauliche Einrichtung und Organisation des der Armen-direktion unterstellten Kinderasyls (Schmidt-Gallisch-Stiftung) der Stadt Berlin, welches neben den auf Stiftungskosten unterhaltenen Kindern auch die dem Ortsarmenverband Berlin anheimgefallenen Kinder unter einem Jahr aufzunehmen hat.

Es steht fest, daß die Lage der Waisensäuglinge in Berlin bisher noch wesentlich schlechter war als die der unter ähnlichen Bedingungen geborenen und aufwachsenden unehelichen Kinder überhaupt und der Haltekinder. Die Ursache der hohen Sterblichkeit der Waisensäuglinge sehen die Verfasser einerseits in dem mangelhaften Gesundheits- und Kräftezustand der Kinder vor Uebernahme in städtische Fürsorge, anderseits in der ungünstigen Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch den Aufenthalt im Depot, von welchem aus die Kinder in die Kostpflege verteilt wurden. Bei der Neuordnung des Fürsorgewesens für die Waisensäuglinge galt es zunächst, die durch den Spitalseinfluß drohende Gefährdung der Kinder zu beseitigen und weiter die schwach und krank eintretenden Säuglinge so weit zu fördern und zu kräftigen, daß sie als widerstandsfähige Wesen mit mehr Aussicht auf Erhaltung in die Hände der Pflegeeltern übergehen könnten.

Die Verfasser heben hervor, daß es sich bei dem „Spitalsmarasmus“ großenteils um die Folgen einer individuell ungeeigneten Ernährung handelt, aber schreiben dieser doch nicht alle Schuld an den Mißerfolgen der Anstaltsbehandlung zu, sondern nehmen an, daß bei dem Hospitalismus noch andere Dinge im Spiel sind. Nach Finkelstein und Ballin ist das subchronische und chronische Siechtum, welches das eigentliche Wesen des Hospitalismus ausmacht, schon in seiner äußeren Symptomatologie etwas ganz anderes als diejenige Art von schleichender Krankheit, die man als chronische Ernährungsstörung bezeichnet und durch bloße Ernährungstherapie heilen kann. Wenn die Verfasser erklären: „Das kundige Auge vermag schon beim ersten Blick auf den Kranken beide Vorgänge von einander zu trennen“, so fehlt anderen Beobachtern wohl nur der „kundige Blick“ und diese sollten durch Mitteilung ausführlicher Krankengeschichten von dem Vorhandensein des Spitalsgespenstes überzeugt werden.

Wie es aber auch um den „Spitalsmarasmus“ steht, von Wichtigkeit ist die Erklärung der Verfasser, daß die frühere Furcht vor der Anstaltspflege von Säuglingen heute durch hygienische Gründe nicht mehr gerechtfertigt ist. Und überall, wo man beabsichtigt, eine das öffentliche Gewissen erregende hohe Säuglingssterblichkeit der unteren Volksschichten einzudämmen, wird man sich der großen Bedeutung der Säuglingsheime und ähnlicher Anstalten nicht verschließen können.

Die Beschreibung der Baulichkeiten, der Organisation des Pflegedienstes und der Ernährung, wie sie im Kinderasyl durchgeführt wird, und die Darstellung der erzielten Erfolge wird von jedem Kinderarzt mit Interesse gelesen werden. Und werden alle der Anstaltsleitung dankbar sein, wenn ungeschminkte Berichte über die Erfolge der Anstaltsbehandlung und über das Ergehen der Kinder nach der Entlassung aus der Anstalt bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres erstattet werden. Keller.

Richard Weyl. *Der Name der Findelkinder und anderen Namenlosen.* Zivilrechtliche Studie. (Sonderabdruck aus Jahrgang II der Zeitschrift Das Standesamt. Meiderich und Leipzig. Arthur Heiland 1903. Mk. 1.—.)

Die umfangreiche Literatur zum Namenrecht enthält verhältnismäßig selten Erörterungen über den Namen der Findelkinder. Auch an gesetzlichen Bestimmungen darüber besteht ein auffallender Mangel; die literarischen Äußerungen widersprechen sich vielfach und enthalten mehrfach offenbare Unrichtigkeiten.

Verf. hebt zunächst hervor, daß die Beilegung der Namen (Vor- und Familienname) für ein Findelkind eine privatrechtliche Angelegenheit ist; sie ist ein Ausfluß des elterlichen Rechtes der Fürsorge für die Person des Kindes und gebührt darum demjenigen Organ, welches statt der Eltern diese Fürsorge wahrzunehmen hat, also dem Vormunde des Kindes.

Verf. erörtert noch die Frage, welche Namen für das Findelkind gewählt werden können, wann es seine Namen erworben hat etc. und schließt mit der Namensgebung älterer Findelkinder.

Keller.

Besprechungen.

Tijdschrift voor Kinderverzorging unter Redaktion von Cornelia de Lange en C. C. van der Heide. (Verlag von A. E. van der Heide in Haarlem).

Eine neue 14tägig erscheinende Zeitschrift für Kinderpflege unter Mitwirkung mehrerer Aerzte und Schullehrer. Die erste Nummer im Umfang von 4 $\frac{1}{2}$ Folioseiten erschien am 1. Oktober 1903. Sie enthält einen gut geschriebenen Artikel von Cornelia de Lange, der auch wissenschaftlich bekannten Amsterdamer Kinderärztin über die Sprache des Kindes, bevor es noch zu sprechen versteht, und wie jene Sprache verstanden werden soll; ungefähr im Sinne des bekannten Soltmannschen Aufsatzes über das Mienenspiel des Säuglings.

Eine Reproduktion nach dem Bilde des Altmeisters Gabriel Metsu „Das kranke Kind“ ist dem Aufsätze beigegeben.

Dr. van der Heide (Arnhem) spricht sich sodann aus über Vorteile der Brustnahrung im Sinne Moros. Ob diese Ausführungen

von Laien verstanden werden, scheint dem Ref. nach dem, was er darüber erfahren, sehr fraglich.

Mehr suggestiv scheint ihm die Reklame für eine künstliche Säuglingsmilch gleich auf der ersten Seite der Zeitschrift; es werden jetzt viele glauben, daß diese Nahrung etwas ganz besonderes, resp. die beste sei.

Herausgeber und Redaktion haben andere Ziele.

Anziehend ist der dritte Aufsatz des Schullehrers Brouwer über das Spiel und das Spielzeug in der Kinderstube.

Freie Entwicklung des Spieles beim Kinde und einfaches, die Phantasie nicht lahmlegendes Spielzeug werden befürwortet. Der Verfasser zeigt, wie er mit Geduld und Liebe kleine Kinder beobachtet und ihr Treiben studiert hat.

Die neue Zeitschrift für Kinderpflege mag als ein anerkennenswerter Versuch dieser Art gerühmt werden und die Mitarbeiter und Redakteure scheinen dafür zu bürgen, daß Gutes erwartet werden kann.

Teixeira de Mattos (Rotterdam).

Fernandes Figueira. *Éléments de sémiologie infantile.* (Mit 78 Figuren im Text.) (Paris 1903. Octave Doin. 632 Seiten.)

Die Aufgabe, eine Semiotik des Kindesalters zu schreiben, stellt hohe Anforderungen an die klinische Beobachtungsgabe und die Darstellungskunst, denen Verf. wohl gerecht geworden ist. Anerkennenswert ist das Bestreben, in den verschiedenen Gebieten der Anatomie, Physiologie und Pathologie die zwischen dem kindlichen und dem erwachsenen Organismus bestehenden Unterschiede hervorzuheben. Bedauerlich ist, daß dem Verfasser die deutsche und die italienische Journalliteratur zum größten Teil nicht bekannt oder nicht zugänglich ist.

Keller.

A. Combe. *Die Nervosität des Kindes.* Vier Vorträge gehalten an der Universität Lausanne. Autorisierte Uebersetzung von Dr. med. Hermann Faltin. 2. Auflage. (Leipzig 1903. Hermann Seemann Nachfolger.)

Die vier Vorträge sind in verschiedenen Jahren teils vor Medizinern, teils vor Laien gehalten und deshalb nicht einheitlich.

Um das ganze für gebildete Laien verständlich zu machen, sind überall die Fachausdrücke übersetzt und erklärt, soweit es eben möglich ist, sind ferner auf dem weitverzweigten und streckenweise noch wenig erforschten Gebiete der Pathologie und Aetiologie der Nervosität viele noch durchaus ungeklärte Anschauungen als gesicherte Tatsachen, ja geradezu als Fundamente geschildert worden. Dies gilt besonders von der Bedeutung der Trunkenheit der Eltern während der Zeugung, ein Kapitel, das in einem populären Schriftchen in dieser Form nützlich sein mag, aber in einer akademischen Antrittsvorlesung mehr Kritik und Reserve erfordert hätte. So teilt das gut gemeinte Buch den empfindlichen Mangel des größten Teiles der populär-wissenschaftlichen Literatur, vielerlei Halbes und Schiefes neben Richtigem und Ganzem zu bieten. Die Aufnahme der Therapie in den Rahmen

der Darstellung ist wohl bei einem für Laien bestimmten Buche kein glücklicher Griff gewesen. Thiernich (Breslau).

A. Newsholme und W. C. Pakes. *School Hygiene.* London. 1903. (Swan Sonnenschein & Co. 308 Seiten).

Das kleine wertvolle Buch erscheint innerhalb eines Zeitraums von 16 Jahren in neunter Auflage. Trotz seiner Kürze behandelt es die wichtigsten Fragen der Schulhygiene mit vollster Gründlichkeit. Nach einer Einleitung über die Physiologie und Psychologie des Schulkindes wendet sich Verfasser zunächst zur Erörterung der mannigfachen gesunden und ungesunden Bedingungen, unter denen Lehrer und Schüler stehen; hiebei wird besonders die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, den Weg anzugeben, um das Kind bei geringster Anstrengung des Lehrers zur höchsten physischen und psychischen Entwicklung zu bringen. Im folgenden beschäftigen sich Verf. mit den Sanitätsverhältnissen der Schulgebäude. Zeichnungen und Abbildungen illustrieren die Darstellung.

Melland (Manchester).

E. J. Jonkers. *Beschouwingen over de vorzaken der groote kindersterfte, meer speciaal in het 1e levensjaar en de middelen, die tot verbetering daarvan kunnen leiden. Met statistische overzichten van de huwelyken, de geboorten en de sterfte in Nederland van 1840—1900.* Groningen, 1903, P. Noordhoff. 109 S.)

Diese Broschüre ist eine vermehrte Ausgabe seiner im vorigen Jahre erschienenen und im Oktoberhefte 1902 dieser Monatsschrift referierten Arbeit.

Die statistischen Uebersichten laufen jetzt nicht, wie in der I. Auflage, über die letzten 25 Jahre, sondern zum größten Teil von 1840 bis 1900. Es geht aus diesen hervor, daß die Sterblichkeit nach dem ersten Jahre (1 bis 4 Jahre) und (5 bis 19 Jahre) in allen Provinzen ziemlich regelmäßig abgenommen hat. Die Abnahme beträgt 50% für beide Gruppen (S. 86) auf je 1000 Einwohner.

Die Kindersterblichkeit hat sich aber im Verhältnis zur Gesamtsterblichkeit eher verschlimmert (S. 89).

Ref. erinnert an die ähnlichen Mitteilungen auf dem diesjährigen Kongreß für Hygiene in Dresden. (Meinert-Kirchner.)

Besonders ausführlich bespricht Jonkers den Einfluß der Legitimität und der gesellschaftlichen Stellung der Eltern auf die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre. Die Ergebnisse sind dieselben wie überall, wo nicht scheinbare Ausnahmen durch besondere Verhältnisse bedingt werden. (Prag etc.)

Wie indessen der Verfasser in der größeren Sterblichkeit bei unehelichen Kindern einen Grund finden kann in der geringeren Mutterliebe, ist Ref., der auf diesem Gebiete eine ausgedehnte praktische Erfahrung besitzt, nicht deutlich. (S. 65.)

Die größere Sterblichkeit ist die Folge der Verhältnisse, der Pflege bei mehr oder weniger gewissenhaften Leuten, Verwandten,

resp. Großeltern. Die Mutterliebe an sich ist ein Faktor, der sich in Zahlen nicht ausdrücken läßt; sie wird mehr oder weniger durch die ungünstigen Verhältnisse ausgeschaltet, aber braucht nicht zu fehlen. Selbst unter den besten Lebensbedingungen fehlt sie öfters.

Das Kapitel über Kinderernährung ist ausführlicher als in der I. Ausgabe; enthält nichts Neues, aber die Zahl der graphischen Darstellungen ist um eine vermehrt worden.

Friesland steht oben in bezug auf geringe Säuglings-(9⁰/₀) und Kindersterblichkeit (0 bis 4 Jahre).

In Übereinstimmung hiemit ist die Zahl der Geburten dort relativ geringer als in den anderen Provinzen, während die Zahl der Ehen auf 1000 Einwohner relativ hoch ist.

Als künstliche Nahrung wird bekanntlich besonders dort vielfach Buttermilch verwendet.

Es mag dies umso mehr hervorgehoben werden, weil neuerdings die Ansicht in Deutschland vielfach vertreten wird (Heubner-Hamburg, Neumann u. a.), als sei die Buttermilch nur speziell geeignet für kranke oder frühgeborene Säuglinge. Die Buttermilch ist eine durchaus gute künstliche Säuglingsnahrung im allgemeinen, wenn auch dabei nach Monaten vielfach leicht Rachitis vorkommt, so wie oder geringer als bei jeder künstlichen Nahrung und auch Morb. Barlow (entgegen einer früheren Mitteilung), vom Ref. bei dieser Ernährungsweise mehrmals beobachtet wurde.

Schlechte Erfolge, wie solche z. B. in Czernys Klinik gesehen wurden, werden in Säuglingskliniken ohne regelmäßige Brustnahrung stets gesehen werden; angenommen selbst, daß die Buttermilch wirklich richtig probiert wird und man nicht aus theoretischen Gründen Magermilchmischungen u. dgl. verwendet.

Die Mittel und Wege, die Jonkers anführt zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit, stimmen im ganzen überein mit jenen, die in einer Broschüre des Referenten nach Schlobmanns Muster angegeben sind. Ad oculos muss man dem Volke demonstrieren, wie die Säuglinge durch Muttermilch oft gerettet werden und gedeihen.

Eine Gefahr der Gouttes de lait, die jetzt auch in Holland durch private Philanthropie aufkommen, liegt in der falschen Reklame für künstliche Ernährung durch die Billigkeit und das zu bequeme Erlangen der Flaschenportionen; ganz abgesehen von der ökonomischen Unmöglichkeit, die künstliche Säuglingsernährung durch Philanthropie erheblich bessern zu können.

Auch in der neuen Form möge die Arbeit des Kollegen Jonkers allen, die sich für die wichtigen Fragen der Kindersterblichkeit interessieren, empfohlen werden.

Teixeira de Mattos (Rotterdam).

Bourneville. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Paris 1902, Félix Alcan Éditeur.)

Bournevilles Buch stellt den 22. Jahresbericht der Anstalt für idiotische, epileptische und schwachsinnige Kinder in Bicêtre über das Jahr 1901 dar. Außer den statistischen Angaben

über Krankenaufnahmen, Krankenwechsel u. dgl. enthält der Bericht, ebenso wie die früheren, eine Fülle von lehrreichem Material über die Untersuchung, Pflege, Erziehung, den Unterricht und — was am wertvollsten ist — über die in der Anstalt wirklich erreichten Erfolge. Viele Einzelbeobachtungen sind in Form ausführlicher Kranken-, bzw. Lebensgeschichten mitgeteilt und erläutern in anschaulichster Weise die allgemein gehaltenen Ausführungen. Wer sich wissenschaftlich mit den im Titel genannten Zuständen beschäftigen will, wird in den Bourneville'schen Jahresberichten stets neue Anregungen und Belehrungen finden.

Dem diesmaligen Bericht sind überdies 10 wissenschaftliche Arbeiten von Bourneville und seinen Mitarbeitern beigelegt, die wenigstens den Titeln nach hier aufgeführt seien.

I. Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre; par Bourneville et Ambard.

II. Réflexions sur la puberté à propos de deux premières observations; par Bourneville.

III. Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale; par Bourneville et Boyer.

IV. Considérations anatomo-cliniques sur les rapports de l'impotence musculaire et de certains troubles osseux dans l'hémiplégie infantile; par Bourneville et Boncour.

V. Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques; par Bourneville.

VI. Idiotie symptomatique d'une sclérose atrophique limitée aux circonvolutions du coin gauche; par Bourneville et Crouzon.

VII. Idiotie du type Mongolien; par Bourneville.

VIII. Etude histologique de deux cas d'idiotie du type „Mongolien“; par Philippe et Oberthur.

IX. Porencéphalie vraie de l'hémisphère gauche; pseudo-porencéphalie des deux hémisphères; par Bourneville et Morel.

X. Folie de l'adolescence.

Einigen von den Arbeiten sind lediglich gut reproduzierte Tafeln beigegeben. Thiemich (Breslau).

G. Modena. *Paralisi cerebrale infantile. (Cerebrale Kinderlähmung.)* (Ancona 1903, Fratelli Marchetti.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die betreffende Literatur bringt Verf. seinen Beitrag mit 14 Fällen, wovon einer anatomisch studiert wird. Bei letzterem waren vorhanden: Hypoplasie der rechten Hemisphäre, höchst ausgesprochene Atrophie der Windungen des Occipitallappens mit Verbreitung auf den Scheitellappen und auf die Rolandische Zone. Mikroskopische Untersuchung der Rinde ergab: Vermehrung der Neurogliakerne und ausgesprochene perivaskulöse Infiltration der Hirnhäute; hie und da zerstreute, scharf

begrenzte, die tiefsten Rindenschichten und einen Teil der angrenzenden Hirnsubstanz einnehmende sklerotische Zonen. Sklerose hatte auch den Nucleus candatus, das Corpus striatum und den Thalamus in Anspruch genommen. Sekundäre Atrophie des linken Kleinhirnlappens, des Pyramidenbündels und des linken Vorderhorns. Es handelte sich sicherlich um eine primäre Verletzung (Entzündungsprozeß) des Okzipitallappens, die über einen großen Teil der rechten Hemisphäre verbreitet war.

Dotti (Florenz).

Bart (Nymegen). *De doseering der voornaamste geneesmiddelen in de kinderpraktijk.* (Rotterdam 1903, W. J. van Hengel. 47 S.)

Ein Büchlein in knapper Form, in dem der junge Arzt ungefähr alles dieser Art finden kann. Die angegebenen Dosen sind mit Recht gewiß nicht zu hoch.

Sehr praktisch ist am Schluß auch ein Rezept für die meist gebräuchlichen Bäder.

Der Nettoertrag des Büchleins ist bestimmt für den Fonds für notleidende Kollegen, die Mitglied der Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Medizinkunst waren.

Teixeira de Mattos (Rotterdam).

Adolf Dieudonné. *Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie.*

III. umgearbeitete Auflage. (Leipzig 1903. Verlag von Joh. Ambrosius Barth. 168 Seiten. Mk. 5.—, geb. Mk. 6.—.)

Die theoretischen Grundlagen der Immunitätslehre, die Schutzimpfung und Serumtherapie werden mit Berücksichtigung der neuesten Forschungen erschöpfend dargestellt, so daß der Zweck des Buches, eine Orientierung für den diesem Gebiete Fernerstehenden zu ermöglichen, vollkommen erreicht wird. Keller.

Ludwig Heim. *Lehrbuch der Hygiene.* (Mit 43 Abbildungen im Text.) (Stuttgart 1903. Verlag von Ferdinand Enke. 363 Seiten. Mk. 8.—.)

Kurz und bündig, klar und übersichtlich stellt Verf. die gegenwärtigen Lehren der Gesundheitspflege mit Einschluß der Infektionskrankheiten zusammen. Auf die hygienischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden geht Verf. nicht ein, wohl aber legt er Nachdruck auf die praktische Verwertung der Ergebnisse der Untersuchungen und der Lehren der Gesundheitspflege. Zur allgemeinen Orientierung in allen einschlägigen Fragen ist das Werk zu empfehlen.

Keller.

INHALT. Originalmitteilung. *Raudnitz.* Sammelreferat über die Arbeiten aus der Milchchemie nebst eigenen kleinen Beiträgen 415. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Pfister.* Hirngewicht 434. — *Pfister.* Schädelkapazität 434. — *Shaw.* Abdominale Auskultation 435. — *Roselli.* Farbenblindheit 435. — *Mazzeo.* Thyreoidetheorie 436. — *Tumpowski.* Alkoholismus 436. — *Dzierzgowski.* Vererbung einer künstlichen Immunität gegen Diphtherie 436. — *Kuhn.* Pulmonale Narkose 437. — *Basile.* Diazo-reaktion bei Chloroformnarkose 438. — *Peruzzi.* Methylenblauausscheidung bei Leberkranken 438. — *Bryce.* Vakzination 438. — *Bellotti.* Anämie nach Vakzination 438. — *Segadelli.* Plötzliche Todesfälle 438. — *Korybut-*

Dankiewicz, Scheintod 439. — *Brudziński*, Couveusen 439. — *Pietrasiewicz*, Nabelbehandlung 439. — *Clark*, Salzentziehung bei Bromtherapie 439. — *Thieme*, Aspirin 439. — *Torella*, Tachiol 440. — *Muzzarelli*, Cerebrin 440. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule**. *Herrman*, Aerztliche Schulaufsicht 440. — **Ernährung und Stoffwechsel**. *Grotjahn*, Volksernährung 440. — *Adrian*, Säuglingsernährung 441. — *Korbut-Dankiewicz*, Milchfermente, Ammenwahl 441. — *Shaw*, Fettbestimmung in der Milch 441. — *Cramer*, Energiebilanz des Neugeborenen 442. — *Kerley*, Sommerdiarrhöe 442. — **Klinik der Kinderkrankheiten**. *Taylor*, *Solimene*, *Duel*, *Belfiore*, Larynxstenose 442, 443. — *Jemma*, Pharynxgangrän 443. — *Brudziński*, Angiom der Hand, Mesenterialdrüsenanschwellung 443. — *de Haan*, Primäres Angiosarkom der Leber 444. — *Prandi*, Endocarditis traumatica 444. — *Matteucci*, Ectopia cordis 444. — *Mc Hamill*, Angeborene Herzerkrankung 444. — *Ciechanowski* und *Gliński*, Angeborene Darmatresie 445. — *Karewsky*, Ovarialzyste 445. — *Rotch* und *Cushing*, Decapsulation der Niere 445. — *de Lange*, Zystitis 445. — *Thiersfeld*, Lithiasis 446. — *Baillet*, Appendicitis 446. — *Amrein*, Hereditäre Hexadactylie 446. — *Heimann*, Otitis media 447. — *Barbier*, Psychopathische Minderwertigkeiten 447. — *Lobsien*, Gedächtnis der Schwachbefähigten 447. — *Ayote*, Myxödem 447. — *Arnstein*, Konvulsionen 448. — *Bourneville* und *Poulard*, Maladie des ties 448. — *Gaudini*, Hysterischer Opisthotonus 448. — *Crzellitzer*, Hysterische Blindheit 449. — *Variot*, Parese der Zunge und Lippen 449. — *Brucci*, *Guida*, *Smith*, *Gianasso*, Chorea 449, 450. — *Brudziński*, Chorea electrica 450. — *Montfort*, Euresis 451. — *Bartenstein*, Headsche Zonen 451. — *Mannini*, Friedreichsche Ataxie 451. — *Variot*, Pseudobulbärparalyse 451. — *Brudziński*, Porenkephalie 452. — *Sternberg* und *Latzko*, Hemikephalus 452. — *Bombicci*, Hämorrhagische Enkephalitis 453. — *Beck*, Meningitis serosa 453. — *Brion*, d'Orlandi, Cyodiagnostik 454. — *Finkelhuber*, Pupillenstarre bei hereditärer Syphilis 455. — *Griffin*, *Vargas*, Hereditäre Syphilis 455. — *Delcourt*, *Jemma*, Meningitis tub. 455, 456. — *Guinon*, *Simon*, *Foa*, Hirntuberkel 456. — *Allaria*, Primäre Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane 456. — *Schick* und *Ersetti*, Diphtheriebazillen 457. — *Wieland*, *Mensi*, *Ponticaccia* und *Pasinetti*, *Germani*, *Cao*, *Iloway*, *Peter*, *Felt*, *Schwenk*, Diphtherie 457, 458. — *Stinelli*, Diphtherietoxin 458. — *Malinowski*, Diphtherie und Scharlachkrupp 458. — *Widowitz*, Urotropin bei Scharlach 459. — *Fresling*, *Variot*, Masern 459, 460. — *Somersel*, Differentialdiagnose der Exantheme 460. — *Aldrich*, *Graham*, *Kilmer*, *Cesarani*, *Küttel*, Keuchhusten 460, 461. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge**. *Mackenzie*, Vakzination und Kindersterblichkeit 462. — *Magrassi*, Statistik des Kinderspitals in Brescia. 462. — *Finkelstein* und *Ballin*, Städtisches Kindersyl in Berlin 463. — *Weyl*, Der Name der Findelkinder 464. — **Besprechungen**. *Tijdschrift voor Kinderverzorging* 464. — *Figueira*, Eléments de séméiologie infantile 465. — *Combe*, Nervosität des Kindes 465. — *Newsholme* und *Pakes*, School Hygiene 466. — *Jonkers*, Beschouwingen over de vorzaken der groote kindersterfte 466. — *Bourneville*, Recherches cliniques et therapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie 467. — *Modena*, Paralisi cerebrale infantile 468. — *Bart*, De doseering der vornaamste geneemiddelen in de kinderpraktijk 469. — *Dieudonné*, Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie 469. — *Heim*, Lehrbuch der Hygiene 469.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, die-
selben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion
durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby	Czerny	Johannessen	Marfan	Mya
Manchester	Breslau	Kristiania	Paris	Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Dezember

Band II. Nr. 9.

*Aus der I. medizinischen Klinik der Universität Turin.
(Prof. C. Bozzolo.)*

Akute eitrige Thyreoiditis infolge von Varizellen.

Von Dr. G. B. Allaria, Assistent.

(Bei der Redaktion eingegangen am 15. Oktober 1903.)

Es ist ein seltenes Ereignis, daß die infektiösen Vorgänge ihren Sitz in der gesunden Schilddrüse nehmen; seit langer Zeit bekannt, wie es die zwei von Monteggia (1789) hervorgehobenen Fälle bezeugen, wurde die akute Entzündung der Schilddrüse als Folge verschiedener Infektionen beschrieben, u. zw.: der Diphtherie (Brieger und Zwiecke, Lindsay), des Ileotyphus (Koranyi, Colzi, Baatz, Jeanselme, Spirig, Schudmak und Vlachos, Bertarelli, Dupraz, Kocher, Tavel, Chesnais u. a. m.), des Erythema nodosum (Barlow), der Grippe (Roux, Girard, Holz u. a.), der Malaria (Romain), der Rose (Zesas), des Puerperalfiebers (Chantreuil, Trelat), der Orchitis (Eulenburg), der Parotitis.

Die akute Thyreoiditis, welche bei Erwachsenen selten ist und das weibliche Geschlecht vorzugsweise befällt, kommt im Kindesalter äußerst selten vor. Der Fall, welcher zu dieser Mitteilung Veranlassung gab, scheint mir sowohl für das Alter der Patientin als auch dafür bemerkenswert, daß meines Wissens bis jetzt kein Fall akuter Thyreoiditis als Komplikation von Varizellen beobachtet wurde.

Pauline B., 7 Jahre alt, aus Turin.

Anamnese. Mutter mit Lungentuberkulose behaftet. Patientin rechtzeitig geboren; von der Mutter gestillt; Durchbruch der ersten Zähne gegen den achten Monat; erste Worte gegen den zwanzigsten; frühzeitiges Gehen; keine frühere Krankheit.

Am 7. Juni l. J., während die kleine Pat. sonst bei guter Gesundheit war, zeigten sich die ersten Bläschen der Varizellen; am folgenden Tage wurde das Kind von Schüttelfrösten, hohem Fieber, Anorexie und brennendem Durst befallen; zugleich bildeten sich neuere Bläschen, unter welchen die im rechten unteren Bauchquadranten gelegenen sich mit roten Höfen umgaben, welche sich ausbreiteten und bald zusammengefloßen waren, um einen größeren geröteten Flecken mit ausgedehnter Anschwellung der Haut zu bilden. Der Arzt behandelte diese erkrankte Stelle zuerst mit Sublimat ($1\frac{1}{100}$), dann mit Pikrinsäure. Dessenungeachtet nahm am 11. Juni von einem Bläschen dieser Gegend aus ein brandiger Vorgang seinen Anfang, welcher sich in den folgenden Tagen weiter erstreckte; die Wunde schwitzte eine fast klare Flüssigkeit aus.

Am 16. Juni bemerkte die Mutter, daß die vordere Gegend des Halses, deren Gestalt und Größe bis jetzt immer normal geblieben waren, anfang anzuschwellen und schmerzhaft zu werden; zugleich wurden starke Fiebersteigerungen beobachtet.

Status praesens. (20. Juni 1903.)

Hohes, unregelmäßiges Fieber, Anorexie, Stypsis; kein Husten.

Regelmäßige Skelettbildung, schwächliche Muskulatur, blasse Hautfarbe, dünnes Fettpolster. Auf der Haut des Rumpfes kann man noch zahlreiche Varizellenausschläge beobachten, welche sich teils im krustigen Zustand befinden, teils eben zur Vernarbung gelangt sind.

Kopf frei, synergische Augen, gleichmäßige Pupillen, normale Beeinflussung derselben durch das Licht und bei den Akkomodationsversuchen. Dürre Lippen. Trockene Zunge, in der Mitte mit einem dichten zimetrotbraunen Beleg belegt. Die Schneidezähne zeigen sich leicht diastasiert und eingekerbt. Keine Mandelanschwellung. Starker Rachenkatarrh.

Hals. In der vorderen Halsgegend bemerkt man eine rundliche, druckempfindliche, hühnereigroße Anschwellung, welche eine elastische Beschaffenheit, doch keine Fluktuation (?) zeigt; außerdem hängt dieselbe mit der Haut, welche eine normale Farbe besitzt, nicht zusammen; die Hautvenen dieser Gegend sind leicht angeschwollen. Die Anschwellung liegt genau in der Gegend der Schilddrüse und folgt während des Schluckaktes den Bewegungen des Kehlkopfes. Keine Lymphdrüsenanschwellung.

Schwächlicher Thorax mit scharfem epigastrischen Winkel. Rhythmische, symmetrische, ruhige Atmung, Lungen normal sowie das Herz, wenn man von einer Verstärkung des zweiten Pulmonaltones absieht.

Abdomen. Keine Druckempfindlichkeit bei der Palpation, weder Meteorismus, noch Aszites. Auf der vorderen Gegend ist die von der Pikrinsäure verursachte ausgedehnte gelbe Färbung noch sichtbar. In der rechten Hälfte dieser Gegend vom Darneinkamme aus nahezu bis gegen den Rippenbogen und medianwärts bis zum Nabel hin beobachtet man eine kaffeebraune Färbung mit Epidermisabschilferung als Ueberrest der vergangenen Phlegmone. Zwei tiefe Geschwüre ergreifen die Haut und das Unterhautzellgewebe: ein vorderes, pfenniggroßes, welches vierfingerbreit medianwärts von der Spina iliaca anter. sup. der rechten Seite liegt, und ein hinteres fünfpfenniggroßes Geschwür, welches sich in der rechten Lendengegend knapp oberhalb des Darneinkammes befindet; ihr Grund besteht aus aponeurotischem, stark eiterndem Gewebe, die steil abfallenden Ränder sind nekrotisiert und unregelmäßig. Der reichliche Eiter zeigt eine rahmgelbliche Farbe. Mit der Sondenuntersuchung erkennt man, daß die zwei Geschwüre mittels eines langen, durch die Aufhebung der Haut hervorbrachten Ganges in Verbindung stehen.

Verlauf. (19. Juni bis 17. Juli 1903.)

Erste Periode. (19. bis 27. Juni.) Es besteht noch immer hohes Fieber (Max. $40\frac{5}{10}$) mit unregelmäßigen täglichen Remissionen und Intermissionen, mit starken Schüttelfrösten, reichlichem Schwitzen und häufigem ruhigem Subdelirium (pyämisches Fieber). Am 20. Juni Nasenblutung. Am folgenden Tage schneide ich mit dem Messer den zwischen den zwei Geschwüren vorhandenen Fistelgang durch, entferne große nekrotisierte Fetzen von aponeurotischem Gewebe und Muskelsubstanz

und Sorge dann für die Drainage der Geschwüre und der Operationswunde mit Streifen von in Karbolsäure (5%ige) getränkter Gaze. Dessenungeachtet setzt sich das Ausschwitzen reichlichen Eiters und die Aufhebung der Haut fort.

Inzwischen zeigt sich in der Schilddrüsenanschwellung eine immer deutlichere Fluktuation; die darüberliegende Haut ist frei und von normalem Aussehen. Am 23. Juni wurden mittels einer Probepunktion des Schilddrüsenparenchyms zirka 4 cm³ eines dichten rahmgelben Eiters extrahiert. Am 27. Juni wurde, nach vorangegangener Chloroformnarkose, der Schilddrüsenabszeß geöffnet; die Abszeßhöhle besetzt das Parenchym der Drüse und die Wand ist durch nekrosiertes Schilddrüsenengewebe gebildet.

Die Harnmenge ist immer etwas mangelhaft gewesen; saure Reaktion und schwache Diazoreaktion; Harnstoff 29.3%₁₀₀; keine weitere pathologische Reaktion. In der linken Trochantergegend hatte sich unterdessen eine ausgedehnte warme schmerzhaft Rötung entwickelt (Erysipel?), welche zum schnellen Verschwinden mittels Sublimatumschlägen gebracht wurde.

Zweite Periode. (28. Juni bis 17. Juli 1903.) Am Tage nach der Operation zeigte sich noch eine Temperatursteigerung (39.4°), dann blieb die Patientin immer ohne Fieber. Da der Zerstörungsvorgang am Bauche fortschritt, so wurden am 29. Juni neue Schnitte angelegt, um die Heilung und die Drainierung des Eiters zu erleichtern.

Die Abszeßhöhle der Schilddrüse, welche in dieser Periode schon granuliert, dann nach und nach zum Verschluß kam, war am 15. Juli vollkommen vernarbt. Die Wunden des Bauches nehmen nach und nach ein reineres Aussehen an, so daß am 25. Juli eine kleine plastische Operation vorgenommen wurde, um die im rechten unteren Quadranten des Abdomens vorhandene Kontinuitätsstrennung der Haut zu schließen.

Am 17. August verläßt das Mädchen, völlig wiederhergestellt, die Klinik.

Bakteriologische Untersuchung des durch die (am 23. Juni ausgeführte) Probepunktion aus dem Schilddrüsenabszeß extrahierten Eiters.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des gefärbten Eiters werden fast ausschließlich neutrophile mehrkernige, größtenteils in Zerstörung begriffene Leukozyten und nur hie und da vereinzelte oder in kurzen Ketten vereinigte Kokken beobachtet.

Die in Bouillon ausgeführten Kulturen des Eiters führen zu einer lebhaften Entwicklung, mit starkem flockigen Niederschlag; bei den Agarkulturen erhält man eine schnelle Entwicklung von halbdurchsichtigen, zusammenfließenden Kolonien; auf Gelatine ging die Kultur langsamer vor sich und ergab kleine, rundliche, weißliche Kolonien, welche weder zum Zusammenfließen noch zur Verflüssigung der Gelatine Neigung zeigten. Die Kolonien bestehen immer aus einem Kokkus, welcher in dem flüssigen Boden eine Kettenanordnung annimmt und sich nach Gram färbt.

14 Stunden nachdem man 1 cm³ einer 24 Stunden alten Bouillonkultur in das Bauchfell eines Kaninchens eingespritzt hatte, starb das Tier an Septikämie, ohne Abszeßbildungen zu zeigen. Aus dem vom Herzen genommenen Blut kann man den Streptokokkus nochmals kultivieren.

Die Geschichte dieses Falles kann man folgendermaßen zusammenfassen: Varizellen, phlegmonöse Komplikation von zwei Bauchpusteln, thyreoideale Metastase mit Ausgang in Abszeß, Heilung.

Die Diagnose von Thyreoiditis gründete sich auf den Sitz und die Gestalt der Geschwulst, auf ihre tiefe Lage, auf ihre Unabhängigkeit von den Hautdecken, auf ihre Beweglichkeit mit den Bewegungen des Kehlkopfes, auf die Abwesenheit von Lymphdrüsenanschwellungen, auf den Verlauf, welcher demjenigen einer akuten Lymphdrüsenentzündung gleicht, (fast beständiger anfäng-

licher Schüttelfrost, hohes, unregelmäßiges Fieber von pyämischem Charakter) und auf den Ausgang in Vereiterung, wie in der Regel geschieht, während der Brand oder die Rückbildung sehr seltene Ausgänge darstellen.

Ich möchte bemerken, daß die Diagnose „Thyreoiditis“ nicht immer frei von Schwierigkeiten ist, wie der folgende im Jahre 1899 in der Klinik von Prof. Bozzolo von mir beobachtete Fall es beweist:

Ein Mann beklagt sich während der Rekonvaleszenz einer schweren Lungenentzündung, in deren Verlauf manche durch den Pneumokokkus verursachte Abszesse in den Stichen der Koffeininjektionen und eine schwere Stomatitis mit tiefen Rhagaden der Zunge sich entwickelt hatten, über Schmerzen in der Regio subhyoidea, woselbst eine tiefe, rundliche, druckempfindliche, fluktuierende Geschwulst entsteht, welche beim Schlucken den Bewegungen des Kehlkopfes folgt und alle die Merkmale eines Schilddrüsenabszesses bietet. Nach und nach wird aber die daraufliegende Haut rot, teigartig und verwachsen, die Infiltration schreitet lateralwärts fort, bis endlich die Läsion sich als eine imposante Zervikalphlegmone klarlegt. Mit der Probepunktion wurde eine eitrige Flüssigkeit extrahiert, deren Kultur Streptokokken- und Pneumokokkenkolonien erzeugte. Die Operation bewies, daß es sich um einen perithyreoidalen Abszeß handelte, da die Schilddrüse intakt in der Gestalt eines Sequesters blieb. Das umschriebene, die Thyreoiditis simulierende Aussehen der ersten Tage war dadurch entstanden, weil die Eitersammlung zwischen die oberflächlichen und der mittleren Halsaponeurose gedrückt war.

Im Falle meiner Patientin war die Eintrittspforte der Infektion ohne Zweifel in der phlegmonösen Komplikation der zwei varizellösen Bauchpusteln zu suchen und der Krankheitserreger, der Streptokokkus, hatte sich in der Schilddrüse festgesetzt, weil dieses Organ für die Infektionen stark empfänglich ist. Aus den Untersuchungen von Torri, Roger und Garnier erhellt es tatsächlich, daß die Schilddrüse im Verlauf der infektiösen Vorgänge sowohl beim Menschen als bei den Tieren stets Volumenvergrößerungen erleidet, epitheliale Wucherung, Neubildung von Drüsengewebe, vermehrte Absonderung von Kolloidsubstanz und in den schwereren Fällen Aufschub dieser letzteren darbietet. Trotz dieser stetigen Reaktion den Infektionen gegenüber und trotz der Häufigkeit der Bakteriämie bei diesen letzteren geschieht es jedoch sehr selten, daß die Krankheitserreger im Schilddrüsenkörper sich festsetzen und wuchern: das hängt vielleicht von dem bakterientötenden Vermögen der Kolloidsubstanz (Torri) ab, obwohl diese Fähigkeit nicht von allen Seiten (Bianco-Mariotti, Roger) anerkannt wird.

Der Ausgang war in meinem Falle sehr gut, ungeachtet daß die Prognose sehr reserviert gehalten sein sollte, da der Eiter sich einen Weg bis in die Luft- und Speiseröhre, ins Mediastinum und auch in die Aorta (wie im Falle von Monteggia) bahnen konnte. Die späteren Folgen sind aber nie schwer: der pathologische Vorgang beschränkt sich nämlich fast immer auf einen einzigen Teil der Drüse, so daß noch ein Teil des funktionsfähigen Gewebes erhalten bleibt und deshalb, trotz der bedeutenden Wichtigkeit, welche die Schilddrüse in der Oekonomie des Organismus ausübt, dieser letztere nie eine so schwere Störung erleidet, wie sie nach der totalen

Thyreoidektomie sich zeigt; manchmal kann man dadurch sogar eine wohlthuende Wirkung erzielen, wie in einem Falle von Bozzolo, bei welchem eine Thyreoiditis infolge von Typhus einen umfangreichen Kolloidkropf bei einem jungen Kleriker zum definitiven Verschwinden führte.

Die Thyreoiditis meines Falles steht nach meinem Wissen allein in der Literatur als Komplikation der Varizellen, obgleich sie nicht von dem spezifischen Erreger dieser letzteren herrührte, sondern, wie viele Komplikationen anderer Krankheiten (Scharlach, Masern usw.) von dem Streptokokkus verursacht wurde, welcher auf einem durch die Toxine der ersten Infektion schon geschädigten und geschwächten Organ sich festsetzte.

Literatur.

- Bertarelli. Il Policlinico (Suppl.) 1900.
Bianco-Mariotti. Riforma med. 1895, Nr. 31.
Colzi. Lo Sperimentale 1892, S. 93.
Chesnais. Thèse de Paris 1902, Nr. 341.
Ewald. Nothnagels spez. Path. u. Ther. 1896.
Lindsay. Philad. Policlin. 1896, S. 146.
Monteggia. Fascicula pathologica Mediolani 1789.
Roger et Garnier. Soc. de Biol. 12. Oktober 1898. — Presse méd.
19. April 1899 u. 9. Juli 1900.
Torri. Il Policlinico 1898, VI. Bd., S. 258.
Neuerdings hat Dr. Caccia einen ähnlichen Fall von eitriger Thyreoiditis infolge der Vakzination bei einem zweijährigen Kinde beschrieben (Riv. di Clinica pediatr. 1903, Nr. 9).

Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.

Beobachtungen über die Verbreitungsweise der Masern.

Von Dr. Walther Freund, Assistenten der Klinik.

(Der Redaktion zugegangen am 21. Oktober 1903.)

Die Grundlage unserer Kenntnisse über die Ausbreitung und den Ablauf von Masernepidemien bilden bekanntlich die umfassenden Beobachtungen, die von Panum bei Gelegenheit der ersten Invasion dieser Krankheit auf den Faröen angestellt worden sind. Die Präzision, mit der die eigentümlichen Verkehrsverhältnisse zwischen diesen Inseln den Transport des Ansteckungsstoffes über die gesamte Bevölkerung der Inselgruppe zu verfolgen gestatteten, konnte naturgemäß späterhin kaum mehr von irgend einem Beobachter überboten werden; so kommt es, daß unsere wesentlichen Kenntnisse über die Inkubationszeit, über die Art der Verbreitung, über den Zeitpunkt der Infektiosität, über die durch Ueberstehen der Krankheit verliehene Immunität und über vieles andere späterhin nur mehr Bestätigungen und Ergänzungen erfahren haben, daß aber eine Anzahl von Fragen, die trotz der Beobachtungen Panums noch offen geblieben waren, auch durch die spätere Literatur nicht vollkommen geklärt worden sind.

Die zusammenfassende Darstellung der Masern durch Jürgensen¹⁾ sichtet das bis zum Jahre 1895 von mannigfachen Seiten aufgehäufte Material und gestattet dem Leser einen guten Ueberblick über die Lücken unserer Kenntnisse, so daß ich zur Erläuterung der klinischen Gesichtspunkte, zu denen ich selbst einiges Material beizubringen in der Lage bin, auf jene Darstellung zurückgreife, seit welcher nur noch wenige einschlägige Mitteilungen erschienen sind. Bevor ich indessen auf Einzelheiten eingehe, möchte ich über den Schauplatz, auf dem sich meine Beobachtungen abspielten, und über den Verlauf der Epidemie das Notwendigste berichten.

Der nebenamtlich unter meiner ärztlichen Leitung stehende „städtische Kinderhort“ ist die Kinderabteilung des Armenhauses der Stadt Breslau. Die Anstalt dient zur vorübergehenden Unterbringung der Mehrzahl der der Armenverwaltung zur Last fallenden Kinder aller Altersstufen, vom Säuglingsalter bis zum Ende der Schulpflicht. Die Kinder sind in 4 Gruppen getrennt untergebracht: Das Erdgeschoß und das erste Stockwerk, sowie ein Teil des zweiten Stockwerkes der geräumigen, ehemals als Mietshaus gebauten Anstalt dienen der Unterbringung der schulpflichtigen Knaben (Gruppe 1) und Mädchen (Gruppe 2). Das zweite Stockwerk beherbergt die nicht schulpflichtigen Kinder unter 6 Jahren mit Ausnahme der Säuglinge und derjenigen Kinder des zweiten, eventuell auch des dritten Lebensjahres, die noch nicht laufen können (Gruppe 3). Im dritten Stockwerk befinden sich auf der einen Seite neben Schlafräumen für Wärterinnen und sonstiges Personal zwei Tageräume für die Kinder der Gruppe 3, während die andere Hälfte — und hiermit betreten wir den uns im Folgenden fast ausschließlich interessierenden Teil des Hauses — die Säuglingsabteilung enthält. Die für die Säuglinge und Ammen bestimmten drei Zimmer nebst einer der Herstellung der Nahrungsgemische für die künstlich ernährten Kinder dienenden Küche bilden zusammen einen Komplex, der bei der Anlage des Hauses als eine Mietswohnung gedacht war, und münden in ein Entree, das aus den verschiedensten Gründen wie das einer Privatwohnung gegenüber dem Treppenhaus verschlossen gehalten wird.

Am 7. Juni d. J. erkrankte ein Schulknabe (Gruppe 1) unter masernverdächtigen Erscheinungen und wurde sofort, wie unter solchen Umständen üblich und geboten, in das städtische Hospital zu Allerheiligen verlegt, wo sich der Masernverdacht bestätigte. Am 18. Juni ereignete sich dasselbe mit einem zweiten Schulknaben, der gleichfalls sofort isoliert wurde. Am 19. und 20. folgte je ein Kind aus Gruppe 3, am 20. Juni ein Schulmädchen (Gruppe 2), womit die weitere Ausbreitung der Krankheit unter den schulpflichtigen Kindern für immer sistierte. Dagegen wurden die Kinder der Gruppe 3 in der Zeit bis zum 4. Juli vollkommen durchmasert,

¹⁾ Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie, IV. Band, III. Teil, I. Abteilung. Wien 1895. — Masern, von Prof. Th. v. Jürgensen.

indem in dieser Zeit noch 7 Kinder erkrankten und ins Hospital verlegt wurden, während 4 Kinder, von denen es mehr oder minder wahrscheinlich war, daß sie Masern schon früher überstanden, verschont blieben und nach abgelaufener Quarantäne in den letzten Tagen des Monats Juli in Außenpflege gegeben werden konnten. Es braucht als selbstverständlich kaum erwähnt zu werden, daß mit dem Beginn der Epidemie zur Wahrung der Uebersicht über den Verlauf derselben, sowie im Interesse der Schulhygiene, die Kinder der Gruppe 3, die sehr bald, wie berichtet, den einzigen Infektionsherd im Hause bildeten, auf das strengste isoliert, d. h. auf die im dritten Stockwerk gelegenen, in Schlafräume umgewandelten obengenannten Tageräume der Gruppe 3 beschränkt wurden. Mit den erwähnten 12 Erkrankungen blieb denn auch — bei einer Frequenz von 60 bis 70 Kindern im Hause ein bemerkenswertes Ergebnis — die Reihe der Masernfälle im ganzen Hause geschlossen. Leider aber hatte es nicht verhindert werden können, daß auch ein Uebergang der Erkrankung auf die Säuglingszimmer inzwischen stattgefunden hatte. Durch ein Mißverständnis hatte um die Wende des Monats Juni ein Kind der Gruppe 3 mehrmals Eingang in die Säuglingszimmer gefunden und mehrere Stunden in der den älteren Säuglingen tagsüber zum Aufenthalt dienenden Box mitgespielt. Am 16. Juli ereignete sich die erste Masernerkrankung in den Säuglingszimmern (Tabelle, Kind Nr. 2, $2\frac{3}{4}$ Jahre alt). Ueber den Verlauf der Epidemie in den Säuglingszimmern gibt die umstehende Tabelle nebst Erläuterung Aufschluß.

Erläuterung. Die die Nummern 1 bis 27 tragenden, von links nach rechts laufenden schwarzen (bzw. schraffierten) Streifen dienen zur graphischen Darstellung der 27 Kinder, die während der Zeit vom 1. Juli bis 11. September die Belegschaft der beiden infizierten Räume bildeten. Jeder Streifen trägt an einer oder mehreren Stellen die dem aus der obersten Reihe ersichtlichen Kalendertage entsprechende Altersbezeichnung. Anfang und Ende des Streifens entsprechen den Aufnahme- und Entlassungstagen. Die Streifen sind bei den Masernfällen von da an, wo das Stadium katarrhale beginnt, bis zu dem Zeitpunkte des Erlöschens der Infektiosität schraffiert gehalten. Der Ausbruch des Exanthems ist gekennzeichnet. Es ist somit für jeden Tag sofort ersichtlich, welche Kinder gleichzeitig mit infektiösen Fällen anwesend waren.

Aus der Tabelle ersieht man, daß am 26. Juli noch ein Kind (Nr. 1, 1 Jahr 10 Monate alt) am Ende des katarrhalischen Stadiums isoliert wurde, und daß sich im ganzen noch 3 Erkrankungen in der Anstalt ereigneten, bei denen von der Verlegung ins Hospital abgesehen wurde, da es sich um Kinder handelte, die sich bei Allaitement mite befanden und im Hospital Brusternährung nicht zur Verfügung steht und da ferner das Alter der gleichzeitig mituntergebrachten Säuglinge nach der Literatur eine Uebertragung der Masern nur in einer geringeren Zahl von Fällen befürchten ließ. Das eine dieser Kinder, Nr. 4, starb am 24. Juni, die anderen beiden, Nr. 5 und 6, überstanden die Krankheit, letzteres wurde

am 12. September entlassen. Weitere Erkrankungen sind von diesen Fällen — wir schreiben heute den 8. Oktober — nicht mehr ausgegangen; die während der Epidemie entlassenen Kinder wurden diesbezüglich verfolgt, wobei sich ergab, daß nur ein einziges (Nr. 3) 13 Tage nach der Entlassung Masern bekam. Die Kinder Nr. 19 und wahrscheinlich auch Nr. 9 hatten Masern schon früher durchgemacht, sämtliche übrigen Kinder noch nicht.

Nach diesem Berichte komme ich nun zu den klinischen Fragen, zu deren Entscheidung die angeführten Tatsachen beizutragen geeignet sind.

Bis zu welchem Lebensalter besteht die angeborene Unempfänglichkeit gegenüber dem Maserngift? Beachten wir die Ausführungen Jürgensens über diesen Punkt. „Die ersten fünf Lebensmonate verleihen sie (die Unempfänglichkeit). Die Zahl der diesem Lebensalter angehörenden Kinder, welche während einer Epidemie erkranken, ist immer eine verhältnismäßig geringe. Eine allen Anforderungen entsprechende Statistik liegt nicht vor, sie dürfte auch schwer zu geben sein Sehr nahe kommt strengen Ansprüchen nur die Aufstellung von Pfeilsticker . . .“ Ich gebe hier die uns interessierenden Zeilen dieser Aufstellung wieder:

Alter: Monate	Absolute Zahl der Kinder in dieser Altersklasse	Zahl der Er- krankten	Zahl der Nichterkrankten
2	2	—	2 (1 abgesperrt)
3	2	—	2
4	2	—	2
5	1	—	1
6	2	2	—

Von da an erkrankten mit zunehmendem Alter alle exponierten Individuen.

Eine ähnliche Gegenüberstellung der der Erkrankung ausgesetzten und der verschont gebliebenen, resp. erkrankten jungen Kinder gibt Steffens¹⁾, der beobachtete, daß von den 41 im ersten Lebensjahre stehenden Kindern, deren ältere Geschwister Masern hatten, die unter fünf Monaten verschont blieben, die im sechsten Monat zur Hälfte, die übrigen sämtlich erkrankten.

Eine weitere Angabe über diesen Punkt findet sich noch in der Darstellung von Heubner²⁾. Dieser berichtet, daß er einen 15wöchigen und einen 20wöchigen Knaben habe an Masern erkranken sehen, nimmt aber im übrigen an, daß die Empfänglichkeit erst im zweiten Jahre ihre volle Höhe erreicht. Masernerkrankungen in sehr jungem Alter hat Neumann³⁾ beobachtet, u. zw. im Alter von

0 bis 1 Monaten 2 Fälle

1 „ 2 „ 1 Fall

2 „ 3 „ 1 „

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Med. LXII. 4 und 5. p. 323. 1899.

²⁾ Die deutsche Klinik am Anfang des 20. Jahrhunderts. Neunte Vorlesung.

³⁾ Ernährungsweise und Infektionskrankheiten im Säuglingsalter. — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Bd. 12. 1896. S. 20.

Unsere Epidemie liefert folgende Zusammenstellung, in der jedes Kind nur einmal, u. zw. mit dem höchsten Alter aufgeführt ist, in dem es der Erkrankung exponiert war; die Kinder 9, 19, 27 sind hier nicht mitberücksichtigt (vergl. oben).

Im Alter von	Zahl der Exponierten	Zahl der Kranken	Zahl der Verschonten
1 Monat	2	—	2
2 Monaten	2	—	2
3 "	2	—	2
4 "	2	—	2
5 "	1	—	1
6 "	2	—	2
7 "	—	—	—
8 "	1	—	1
9 "	4	1	3
10 "	1	—	1
11 "	—	—	—
12 "	1	1	—
1 Jahr 2 Monaten	1	—	1
1 " 3 "	1	—	1 *
1 " 5 "	2	2	—
1 " 10 "	1	1	—
2 ³ / ₄ Jahren	1	1	—

Zu diesen Zahlen, aus denen hervorgeht, daß nicht nur Kinder der ersten fünf Lebensmonate, sondern auch bis ins zweite Lebensjahr hinein mit Masernkranken das Zimmer teilen können, ohne angesteckt zu werden, ist zu bemerken, daß allerdings bei einzelnen der verschont Gebliebenen sich die Gelegenheit zur Infektion nur auf einige Tage beschränkte. Bei der Mehrzahl aber bestand sie längere Zeit hindurch, u. zw. ausgiebig genug, wenn man bedenkt, daß beispielsweise das Kind Nr. 5 während der Zeit der Masern an derselben Brust trank, an die auch ein großer Teil der anderen Säuglinge (so auch besonders Kind Nr. 17) angelegt werden mußte. Für die relative Unempfindlichkeit gegenüber dem Masernkontagium auch bei den tatsächlich erkrankten Kindern Nr. 5 und 6 spricht auch deutlich der aus der Tabelle sich ergebende Umstand, daß beide Kinder während des ganzen Monats Juli, bzw. Juli und August Gelegenheit zur Infektion hatten, ohne sich zu infizieren. Ganz besonders bemerkenswert ist von diesem Gesichtspunkte aus die späte Erkrankung des Kindes Nr. 6. Man muß sich hier wohl vorstellen, daß erst durch eine zufällige Erhöhung der Virulenz des Ansteckungsstoffes, wie man sie nach Passage mehrerer Organismen annehmen könnte, eine Infektion dieses Kindes ermöglicht wurde, während ein niederer Virulenzgrad anscheinend hiezu nicht ausgereicht hatte; dazu kommt natürlich, daß sich bei diesem Kinde im Laufe der zwei Monate mit dem zunehmenden Alter wohl auch die Empfänglichkeit für Masern gesteigert haben dürfte.

Mit Rücksicht auf die von Neumann¹⁾ behandelte Frage nach dem Einflusse der Brusternährung auf die Empfänglichkeit gegenüber dem Maserngift wäre an dieser Stelle noch zu erwähnen, daß sowohl bei den erkrankten Fällen wie bei denjenigen, deren Verschontbleiben mit Rücksicht auf ihr Alter besonders auffallend erschien, ausschließliche oder teilweise Brusternährung und ausschließliche künstliche Ernährung etwa gleich häufig vertreten war. Einigermassen sichere Angaben über die Durchmaserung der während der Epidemie verwendeten Ammen ließen sich nicht gewinnen.

Des weiteren ergibt sich aus unserer Tabelle die auffallende Tatsache, daß nach der Erkrankung am 1. August (Kind Nr. 5) volle 29 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems bei dem nächst erkrankten Kind Nr. 6 vergingen. Selbst die größtmögliche beobachtete Inkubationszeit vorausgesetzt, würde die Ansteckung dieses Falles auf einen Tag zurückgeführt werden müssen, an dem sich das Kind Nr. 6 bereits im Stadium der Abschuppung befand. Die Frage, in welchem Stadium ein Masernkranker ansteckend ist, ist nach der Literatur nur für die Zeit des katarrhalischen Stadiums und des bestehenden Exanthems, nicht aber für die Zeit der Abschuppung im positiven Sinne entschieden. Nach Jürgensen „ist man jetzt ziemlich allgemein der Meinung, daß eine Ansteckung so spät gar nicht stattfinden könne. Gültige einwandfreie Beweise sind nicht zu erbringen, Impfungen hatten mindestens zweifelhafte Ergebnisse . . .“ Somit erscheint mir der sichergestellte Vorgang, daß ein Masernfall noch am 14. Tage nach dem Ausbruch des Exanthems zu einer Ansteckung Veranlassung gegeben hat, von entscheidender Bedeutung zu sein. Für den naheliegenden Einwand, daß das Kind Nr. 6 seine Ansteckung aus irgend einer anderen Quelle erworben haben könnte, bestehen nicht die geringsten Anhaltspunkte, da, wie bereits erwähnt, die Anstalt, abgesehen von den Säuglingszimmern, seit Anfang Juli masernfrei war und da die Möglichkeit einer Uebertragung von Masern durch nichterkrankte Personen oder durch Gebrauchsgegenstände bisher fast einstimmig abgelehnt worden ist.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

J. J. Karvonen. *Die Entwicklung des Präputium und des vordersten Teiles der Urethra.* (Duodecim 1903, S. 99.)

Verf. hat in dieser Hinsicht 30 erwachsene Männer, 2 : eife und 19 zwei bis acht Monate alte Föten untersucht. Er schildert die Bildung des Präputium folgendermaßen. Im dritten und besonders im vierten Monate des Embryonallebens wächst eine sich am

¹⁾ l. c.

hinteren Rande der in Entwicklung begriffenen Eichel befindende Falte vorwärts über die Glans. Das so entstehende Präputium bedeckt schon im fünften Monate die ganze Eichel. Ein während der Entwicklung von der Glans freies Präputium gibt es nicht. Urethra glandis entsteht, teils wie es *Tourneaux*, teils wie es *Nagel* beschreibt.

Björkstén (Helsingfors).

A. Clopatt. *Die Entwicklung der Knochen des Beckens und der Extremitäten beim menschlichen Fötus mittels Röntgenstrahlen studiert.* (Finska Läkarsällskapets Handlingar Nr. 9, 1903.)

Beschreibung von der Ossifikation der obengenannten Knochen während des fötalen Lebens, durch Röntgenbilder vom Fötus vom vierten Monate bis zum Schlusse der Schwangerschaft erläutert.

Pipping (Helsingfors).

Flachs *Beitrag zur Impftechnik.* Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden, den 2. Mai 1903. (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 31, S. 1358.)

Flachs empfiehlt, die Impfstellen mit steriler Gaze zu bedecken und das Ganze mit Heftpflaster zu überkleben. Nach acht Tagen ist der Verband zu wechseln. Zweckmäßig wäre es, statt an den Armen an der Brust zu impfen, weil dort leichter ein Verband angelegt werden kann, die Narben nicht gesehen werden und die Haut an dieser Stelle wenig Bewegungen ausgesetzt ist.

Camerer (Stuttgart).

Borts. *Hydrotherapy in pediatrics.* (Die Hydrotherapie in der Kinderheilkunde). (Cleveland Med. Journ., August 1903.)

Wachenheim (New-York).

H. Kucharzewski. *Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut.* (Aus dem Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie in Warschau.) (Wiener med. Presse 1903, Nr. 44, Seite 2072.)

Der Autor benützte zu seinen Experimenten Kaninchen von ungefähr gleichem Gewichte, denen er verschiedene Mengen (0.4—10.0) der gebräuchlichen Heilsera (Diphtherieheilserum, Tetanusantitoxin, Antistreptokokkenserum) und normales Pferdeserum subkutan injizierte und darauf in verschiedenen Zeitintervallen das einer peripheren Vene entnommene Blut untersuchte, respektive die Zahl der roten und weißen Blutzellen, das Hämoglobin und das spezifische Gewicht bestimmte. Die Tiere wurden überdies täglich gewogen und die Temperatur zweimal täglich im Rektum gemessen. Alle Sera waren frisch, nicht trübe und stammten aus Universitätsinstituten.

Alle Sera hatten die gleichen Resultate ergeben, nämlich: 1. Große Gaben rufen geringe und schnell schwindende Verminderung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobins hervor. Der Einfluß auf das spezifische Gewicht ist nicht konstant. 2. Kleine Gaben haben keinen Einfluß auf die Zahl der Leukozyten, große bewirken ein

stärkere Hyperleukozytose; nach einigen Tagen wird die Anzahl der Leukozyten normal. 3. Die Hyperleukozytose betrifft die Pseudo-eosinophilen, während die Lymphozyten abnehmen, die Uebergangsformen, die großen mononuklearen und eosinophilen Zellen keine konstanten Ergebnisse liefern. 4. Körpergewicht und Körpertemperatur und das Allgemeinbefinden der Tiere boten keine Abnormität. 5. Das normale Pferdeserum gab dieselben Veränderungen, wie die Sera. 6. Die auf 70° C. erhitzten Heilsera wirkten auf das Blut in derselben Weise, wie als antitoxische Flüssigkeiten.

Unger (Wien).

M. Neisser. *Die Untersuchung auf Diphtheriebazillen in zentralisierten Untersuchungsstationen.* (Hygienische Rundschau, XIII. Jahrgang, Nr. 14.)

Neisser tritt für die Errichtung solcher Stationen in den Großstädten ein. Aufgabe derselben soll es sein, die bakteriologische Untersuchung sämtlicher Diphtheriefälle aus den Krankenhäusern und der Privatpraxis, sämtlicher Diphtherierekonvaleszenten und aller irgendwie Diphtherieverdächtigen vorzunehmen. Die Aerzte müßten verpflichtet sein, diesen Stationen von jedem Diphtherie- oder diphtherieverdächtigen Falle Untersuchungsmaterial einzusenden und die Stationen hätten ihrerseits die Verpflichtung, dem Kreisärzte jeden Fall zu melden, bei welchem Diphtheriebazillen gefunden seien. Auf diese Weise werde es in ausgehntem Maße möglich werden, rechtzeitig eine prophylaktische Immunisierung vorzunehmen und die bekannten Mittel der Desinfektion und Isolierung in Anwendung zu bringen.

Die nähere Begründung seines Vorschlages wird zu einer Verteidigung der Bedeutung und Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Diphtheriediagnose. Wenn man gegen diese immer die Ubiquität des Diphtheriebazillus ins Feld führe, so habe er unter 1091 Fällen von Angina 857 = 78.5% ohne Diphtheriebazillen, bei 26 Fällen von Scharlachdiphtherie nur einmal Diphtheriebazillen, bei 300 Fällen aller möglichen Halserkrankungen nur in 6% Diphtheriebazillen gefunden, Resultate, welche mit der Annahme der Ubiquität oder auch nur des häufigen Vorkommens des Diphtheriebazillus unabhängig von Diphtherie nicht vereinbar seien. Dem Einwande, daß jeder Diphtheriefall klinisch zu erkennen sei, hält er die Tatsache entgegen, daß er bei 857 Fällen mit der klinischen Diagnose „Diphtherie“ oder „Diphtherie?“ bei mehrfacher Untersuchung niemals Diphtheriebazillen gefunden habe. Wenn man aber meine, daß es besser sei, einen Diphtheriefall zu viel als zu wenig zu diagnostizieren, so gebe er zu bedenken, daß ein solches Verfahren das statistische Bild einer Epidemie vollständig verschieben könne, ganz abgesehen davon, daß durch die bakteriologische Untersuchung, bzw. das negative Resultat derselben manche Beunruhigung vermieden werde. Auf der anderen Seite seien jene Fälle nicht selten, die klinisch nicht als Diphtherie angesprochen, aber bakteriologisch als solche erkannt würden. Unter 234 Fällen

mit positivem Diphtheriebazillusbefund hätten klinisch nur 64·5% als Diphtherie imponiert. Die bakteriologische Diagnose sei daher die erste Vorbedingung für eine zielbewußte Therapie und Prophylaxe der Diphtherie. Man habe zwar eingewandt, daß bei dem gelegentlich langen Persistieren der Diphtheriebazillen in der Rekoneszenz eine rationelle Prophylaxe heute noch undurchführbar sei, weil man solche Patienten außerordentlich lange im Krankenhaus behalten, bzw. sonst isolieren müßte, indessen seien in der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle die Diphtheriebazillen bei rationeller lokaler Behandlung mit desinfizierenden Lösungen oder aber nach Martin (Compt. rend. de la soc. de Biol. 1903, Bd. 55, Nr. 17) durch lokale Anwendung von bakterizidem Diphtheriebazillenserum in drei bis vier Wochen, häufig schon eher zum Schwinden zu bringen.

Für die bakteriologische Untersuchung empfiehlt Neisser sein 1897 angegebenes Schema, welches den speziellen Erfordernissen einer zentralen Untersuchungsstation angepaßt sei und ihm bei nunmehr fast 4000 diphtherieverdächtigen Fällen für die Erkennung des Löfflerschen Diphtheriebazillus das geleistet habe, was man für die in Betracht kommenden praktischen Untersuchungen an Schnelligkeit und Sicherheit nur fordern könne. Seine Doppelfärbung hat er jetzt in der Weise modifiziert, daß er sich zwei Lösungen herstellt: a) Methylenblau 1·0; Alkohol 20·0; Aq. dest. 1000·0; Acid. acet. glac. 50·0. b) Kristallviolett (Höchst) 1·0; Alkohol 10·0; Aq. dest. 300·0, beide im Verhältnis von 2:1 mischt, etwa eine Sekunde färbt, nach Abspülen mit Wasser mit Chrysoidin (1·0 in 300·0 heißen Wassers gelöst und filtriert) etwa drei Sekunden nachfärbt und wieder mit Wasser abspült.

Hohlfeld (Leipzig).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Foveau de Courmelles. *Jeux et exercices physiques.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, 20.)

Ein Vortrag des Verf., der die Empfehlung der Jugendspiele und der körperlichen Bewegung in frischer Luft zum Gegenstand hat. Näheres im Original. Brünig (Leipzig).

H. E. Piggott. *Die Grundzüge der sittlichen Entwicklung und Erziehung des Kindes.* (Beiträge zur Kinderforschung, Heft VII.) (Langensalza 1903, Hermann Beyer & Söhne. Preis Mk. 1·25.)

Ein klar geschriebenes, sehr verständiges Schriftchen, das für den Kinderarzt manches Interesse bietet. Zu bedauern sind die zahlreichen englischen Zitate, die es unmöglich machen, daß der Leserkreis des empfehlenswerten Werkchens so groß wird, als der Referent wünschen würde.

Thiemich (Breslau).

Heinrich Stadelmann. *Schulen für nervenkrankte Kinder.* (Berlin 1903, Reuther & Reichard. Preis 75 Pf.)

Verf. fordert außer den Schulen für schwachbegabte Kinder (Hilfsschulen) auch solche für nervenkrankte Kinder und begründet dies durch die notwendige Rücksicht sowohl auf die normalen Schulgenossen als besonders auf die Kranken selbst. Seine Ausführungen bringen nichts Neues und fordern nirgends zum Widerspruch heraus, sie entbehren aber jedes praktischen Vorschlages, wie all diese Wünsche durchgeführt werden sollen. Für die Kinder reicher Eltern bestehen ja solche Anstalten schon (z. B. von Trüper in Sophienhöhe bei Jena), für die unbemittelten erfordert der individualisierende Unterricht in einer an eine Heilanstalt angegliederten Spezialschule so große Aufwendungen, daß St.'s berechtigte Ideen wohl noch lange ein frommer Wunsch bleiben werden.

Thiemich (Breslau).

Ernährung und Stoffwechsel.

F. Schilling. *Zur Sekretion der Speicheldrüsen, insbesondere der glandula submaxillaris im Säuglingsalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., Heft 3, S. 518.) (Siehe Referat dieser Monatschr. S. 389).

Verf. stellt nochmals die über die Frage vorliegende Literatur zusammen und berichtet über Versuche, aus denen hervorgeht, daß die Submaxillaris zwei bis drei Wochen alter Kälber Ptyalin enthält und ebenso der (Submaxillaris ?)-Speichel neun Tage bis sechs Wochen alter Säuglinge. Bei derartigen Versuchen wird immer wieder die Anpassungsfähigkeit des Organismus zu wenig berücksichtigt: Die Funktion der Verdauungsdrüsen, die Produktion der spezifischen Fermente hängt von der Art der Nahrung ab. Keller.

Adolf Würtz. *Ein Beitrag zur Ernährungsphysiologie des Säuglings.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., Heft 3, S. 528.)

An dem eigenen Sohn (Anfangsgewicht 3950 g) Beobachtungen, Körpergewichtswägungen und genaue Bestimmung der Nahrungsmenge in einzelnen Mahlzeiten bis zum Ende der 26. Lebenswoche. Während der ersten 22 Tage ausschließlich Brust, dann Beikost in Form von Biedertschem Rahmgemenge. (Zugabe von Beikost hat angeblich nach Verf. den Vorteil, daß das nun kräftiger saugende Kind einen intensiveren Reiz auf die Milchsekretion der Mutter ausübt.) In der zehnten Woche wurde die Beikost beiseite gelassen, vom 66. bis 151. Lebenstage ausschließlich Brust, dann allmählich bis zum 170. Tage Entwöhnung mit Vollmilch. Energie- und Zuwachsquotient wird berechnet. Betreffs Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Keller.

Rotch. *Essential principles of infant-feeding.* (Grundsätze der Säuglingsernährung) (Journ. Amer. Med. Assoc. 8. August 1903.)

Zuerst sind Nährwert und Verdaulichkeit der Milchfette resp. Eiweißstoffe zu berücksichtigen; die Verhältnisse der Caseinogen- und Laktalbumingruppen sind:

Frauenmilch	Caseinogen	0.59,	Laktalbumin etc.	1.23,	Summe	1.82 ⁰ / ₁₀
Kuhmilch	„	2.88,	„	0.53,	„	3.41 ⁰ / ₁₀

Nicht nur sind die Proteide im Ueberschuß vorhanden, sondern es ist gerade die minder verdauliche Art, die in derselben vorherrscht und die leichter assimilierbaren Laktalbumin und Lakto-globulin sind sogar in ungenügender Menge vertreten. Dazu kommt, daß bei den feinsten Kuhrassen, aus Jersey und Alderney, die Milchfette auch eine Beschaffenheit haben, die dem Säugling weniger zuträglich ist. Die gewöhnlichen Kühe sind deshalb vorzuziehen. Andere Tierarten geben wohl eine verdaulichere Milch, diese ist indes nicht praktisch anwendbar.

Bei dem Pasteurisieren wende man möglichst niedrige Temperatur an, 68° C. genügt schon im allgemeinen zur Keimtötung und die wertvollen Laktalbumine gerinnen zum Teil schon bei 70°.

Bei dem Gebrauch des Rahmes zu den Mischungen darf das in ihm enthaltene Eiweiß nicht übersehen werden: es beträgt bei 10⁰/₁₀igem Rahm 3.8 und bei 20⁰/₁₀igem 3⁰/₁₀; fast dieselben Quantitäten wie bei der reinen Milch.

Das schablonenmäßige Füttern ist zu verwerfen, die Zusammenstellung der Nahrungsmischung soll dem Verdauungsvermögen des Kindes sorgfältig angepaßt werden.

Kindermehle haben noch nie ohne Zusatz von Milch getaugt, irgendwelche Erfolge der ersteren müssen der letzteren zugeschrieben werden, zudem erhalten sie alle Amylum und können in den ersten Lebensmonaten nur schaden.

Es sind gegenwärtig in den größeren amerikanischen Städten Milchlaboratorien etabliert, woselbst auf das Rezept des Arztes die geforderte Milchemischung verabreicht wird; der Arzt verschreibt so und so viel Prozent Eiweiß, Fett und Milchzucker und entsprechende Quantität für jedes Füttern. Man muß indes zugeben, daß absolut exakte Prozentzusammensetzung nach dem Rezepte nicht ausführbar ist, Schwankungen sind beim besten Willen unvermeidlich.

Es ist darum, schon der Billigkeit wegen, die Milchmodifikation im Hause zu empfehlen. Bauers Formel (diese Monatsschrift, Vol. I. p. 471) ist einfach und bequem, die Prozentsätze lassen sich wie erwünscht zusammenstellen.

Was sind die richtigen Prozentsätze? Die beste Tabelle ist wohl die von Ladd. (Boston Med. & Surg. Journ. 1. Jänner 1903) Die Fette steigen von 1.5⁰/₁₀ in der ersten Woche bis 3⁰/₁₀ in der vierten, später auf 4⁰/₁₀. Mit dem Eiweiß beginne man zurückhaltend, zuerst nur 0.5⁰/₁₀, erst in der vierten Woche 1.0⁰/₁₀, im vierten Monat 2.0⁰/₁₀, erst gegen Ende des ersten Jahres gehe man auf 3 bis 3.5⁰/₁₀

Der Neugeborene bekomme jede zweite Stunde zirka 30·0 g, man steige auf 75·0 g zweistündlich in der vierten Woche, 150·0 g dritthalbstündlich im vierten Monat, später gebe man 250·0 g alle drei Stunden. Nach dem zweiten Monat soll nachts keine Milch gegeben werden.

Wachenheim (New-York).

Perret. *De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice.* (Le progrès médical 1903, Nr. 21.)

Gegenüber der leider noch weitverbreiteten Meinung, man müsse ein Brustkind im Falle einer fieberhaften Erkrankung der Mutter oder Amme absetzen, damit es nicht durch den Genuß der „schlechten“ Milch erkranke, betont Perret, wie falsch in den meisten Fällen ein derartiges Verfahren ist, und macht darauf aufmerksam, daß gewöhnlich die körperliche Entwicklung der Kinder auch während der Fieberperiode ungestört vor sich geht. Zur Illustration seiner Behauptung bringt er eine Reihe von Beispielen, in denen bei puerperalen Infektionen, Lymphangitiden und Anginen der Mütter die Kinder dauernd gut an Gewicht zunahmen, ohne irgend welche Störungen zu erleiden.

Steinitz (Breslau).

Siegert. *Großmütter, die ihre Enkel stillen.* (Münchener medicin. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 31, S. 1343.)

Verf. berichtet über fünf derartige Fälle; eine Großmutter stillte $22\frac{1}{4}$ Jahre nacheinander zwölf Kinder durchschnittlich $23\frac{1}{3}$ Monate, darunter ein Kind 37 Monate (!), u. zw. bei sozial ungünstigen Verhältnissen.

Camerer (Stuttgart).

Rothschild. *Syphilis et allaitement.* (Progrès médical 1903, Nr. 27.)

Die außerordentlich schwierige und bereits viel diskutierte Frage, welche Stellung der Arzt bei Regelung des Verhältnisses zwischen hereditärluetischem Kind und Lohnamme resp. gesundem Kind undluetischer Amme nehmen müsse, bildet den Gegenstand vorliegender Erörterungen, die im wesentlichen Fourniers Anschauungen wiedergeben.

Wesentliche, neue Gesichtspunkte werden nicht vorgebracht.

Die Ratschläge, die Rothschild uns gibt, machen zuweilen einen etwas theoretischen Eindruck und werden sich nicht immer in der Praxis durchführen lassen. So wird es sich z. B., wenn eine Amme daraufhin beobachtet werden soll, ob sie von einemluetischen Kinde bereits infiziert oder noch intakt ist, schwer fünf Wochen lang (diese Karenzzeit hält Rothschild für notwendig) durchführen lassen, daß ihre Milchsekretion durch manuelles Entleeren der Brust oder Anlegen von jungen Hunden im Gang erhalten wird.

Steinitz (Breslau).

J. Zappert und A. Jolles. *Ueber Untersuchungen der Milch beider Brüste.* (Berliner med. Wochenschr. 1903, Nr. 41, S. 1913.)

Gelegentlich eines unbeabsichtigten Experiments an einem Zwillingsspaar, von dem jedes Kind immer an dieselbe Brust einer

milchreichen Amme (Primipara, die vor zwei Monaten selbst Zwillinge geboren hatte) in dreistündigen Pausen angelegt und die getrunkene Milchmenge jedesmal durch die Wage kontrolliert wurde, ergab sich, daß die Milch der linken Brust zuerst das eine, dann das andere Kind dyspeptisch gemacht hatte und daß bei abwechselungsweiser Darreichung beider Brüste an jedes Kind schließlich beide Kinder dyspeptisch wurden.

Die Analyse der im Laufe eines Tages gesammelten Milchmengen von jeder Brust ergab, abgesehen von dem durch das längere Stehen der Sammelmilch bedingten hohen Säuregrad, eine normale Beschaffenheit der Milch, jedoch bei einzelnen Bestandteilen recht namhafte Differenzen, indem Trockensubstanz, Asche und Fettgehalt links deutlich höhere Werte zeigten.

In Verfolgung der Frage nach eventuellen Verschiedenheiten in der Milchezusammensetzung beider Seiten veranlaßten die Autoren, daß in einem Ammenvermittlungsinstitut den vom Lande eingetroffenen Ammen, welche meist $\frac{1}{2}$ bis 1 Tag lang kein Kind angelegt hatten, sofort nach ihrer Ankunft ihre milchstrotzenden Brüste unter entsprechenden Kautelen gesondert entleert wurden. Die möglichst rasch nach der Entleerung vorgenommene Untersuchung dieser von 10 Ammen abgezogenen Milch (Stauungsmilch) ergab folgendes (tabellarische Zusammenstellung):

Die chemischen Beziehungen zwischen rechts- und linksseitiger Milch waren nahezu gleichwertig in 2 Fällen (I und VI); geringfügige Differenzen bestanden in 3 Fällen (VII, III und IV), höhere ebenfalls in 3 Fällen (II, X und IX) und auffallend hohe in 2 Fällen (VIII und V). Die Differenzen äußerten sich in erster Linie in Verschiedenheiten des Fettgehaltes, in zweiter in solchen des Milchezuckers, in dritter bezüglich der Eiweißmenge. In den Fällen V und VIII wiesen alle 3 Bestandteile beträchtliche Unterschiede auf.

Die Untersuchung daraufhin, welche Seite eine gehaltreichere Milch liefert, ergab, daß die linke Brust meist ein nährstoffreicheres Produkt lieferte, als die rechte: der Fettgehalt war in 8, die Eiweißmenge in 7 (bei einigen Analysen recht erhebliche Unterschiede), die Milchezuckermenge in 6 Fällen links größer als rechts. Die Berechnung der Kalorienmenge pro Liter ergab in allen 9 Fällen links eine größere Kalorienanzahl als rechts und nur in 1 Falle (VI) gleich hohe Zahlen; in 2 Fällen betrugen die Unterschiede 100, resp. 94 Kalorien. Die Regelmäßigkeit der Befunde spricht dafür, daß Methodenfehler bei den erhaltenen Differenzen keine große Rolle spielen dürften.

Dieses nahezu konstante Ueberwiegen des Nährstoffgehaltes der linken Seite stimmt nicht ganz mit den Resultaten früherer Untersucher überein, doch sind die Autoren nicht geneigt, in derselben ein physiologisches Gesetz erblicken zu wollen und halten es für leicht möglich, daß die Ursache hiefür in äußeren Umständen gelegen ist.

Die weiteren Erörterungen über die Deutung der vorliegenden Befunde sind im Original nachzusehen.

Unger (Wien).

E. Périer. *L'allaitement mixte.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 5 und 20.)

Ausschließliche Brustnahrung ist leider nur in relativ wenigen Fällen möglich; in solchen Fällen kommt das „allaitement mixte“ in Frage, d. h. also neben der Brust — diese jedoch an erster Stelle — wird die Flasche gegeben. Das allaitement mixte kann mit Vorteil angewandt werden vorübergehend (bei langsamem Einschießen der Milch, Erkrankung der Mutter u. dgl.) oder dauernd bis zum Abstillen = sevrage, und zwar:

1. in Fällen, wo von Anfang an die Brustnahrung nicht ausreicht oder wo die Mutter durch gesellschaftliche oder berufliche Stellung verhindert ist, regelmäßig zu stillen; sollte letzteres zutreffen, so kann die betreffende Mutter

2. unter langsamer Entwöhnung des ersten (eigenen) Kindes eventuell ein zweites und drittes mitanlegen.

3. Bei Zwillingen, wo die Brust für beide nicht genügend Nahrung liefert und

4. als Uebergang zum Abgewöhnen, indem es dasselbe erleichtert (demi sevrage).

Die Vorzüge des allaitement mixte über die ausschließliche künstliche Ernährung beruhen auf den chemisch-physiologischen Eigenschaften der Muttermilch (Sterilität, Fermente!), ferner auf der besseren Verdaulichkeit und feineren Gerinnung der Muttermilch im Gegensatz zur Kuhmilch, auf der verschiedenartigen Darmflora bei natürlich und künstlich genährten Kindern und auf der Verschiedenheit der Brustmilchstühle gegenüber den Kuhmilchfäces. Aus allen diesen Gründen kann das allaitement mixte in den oben skizzierten Fällen nicht warm genug empfohlen werden. Als Beinahrung kommt nur die Kuhmilch in Frage, deren Gewinnung und Präparation (Verdünnung, Einmischungen, Sterilisation) vom Verf. eingehend erörtert wird. Man kann das allaitement mixte entweder derartig gestalten, daß Brust und Flasche allein alternierend oder daß bei jedem Trinken Brust und Flasche dem Kinde nacheinander gegeben werden. 7 bis 8 Mahlzeiten pro die mit mindestens sechsstündiger Ruhepause während der Nacht sind innezuhalten. Ist auf diese Weise die Ernährung die dem Kinde zuträglich geworden, so sollen Körpergewichtskurve und Allgemeinzustand der Säuglinge den Brustkindern möglichst nahe kommen. In diesem Sinne sollen auch besonders die „consultations de nourrissons“ und die „gouttes du lait“ die Bestrebungen unterstützen.

Brüning (Leipzig).

W. Knoepfelmacher. *Kuhmilch als Säuglingsnahrung.* Referat für den Kongreß für Hygiene und Demographie in Brüssel. (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 42, S. 1957.)

Vergleiche den Kongreßbericht in Nr. 7 dieser Monatsschrift, S. 408.

Unger (Wien).

E. Wechsler. *Versuche über die Verwendbarkeit von Rauperts Flaschenverschluß zur Milchsterilisation.* Aus der Kinderabteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik. (Die Krankenpflege, II. Jahrg. 1902—1903, Heft 12, S. 1084.)

Die Vorteile des in Rede stehenden, einem gewöhnlichen sogenannten Bierflaschenverschluß ähnlichen Verschlusses gegenüber den gebräuchlichen Gummikappenverschlüssen sind folgende: 1. Kann während der Sterilisation der Verschluß nicht herabfallen; 2. fallen die Löcher oder Dellen weg, an denen beim gewöhnlichen Bierflaschenverschluß der Bügel fixiert wird und diese Löcher sind es, an denen sich häufig Rost bildet oder Schmutz ansetzt; 3. ist der ganze Verschluß abnehmbar, weshalb die Flaschen leichter und gründlicher gereinigt werden können; endlich kann, wenn die Milch in schon sterilisierten Einzelportionen geliefert wird, der Sauger nach Abnahme des Verschlusses gleich auf die Flasche gesetzt werden, wodurch das lästige Umleeren der Milch vermieden wird.

Versuche ergaben, daß dieser Flaschenverschluß sich für die Milchsterilisation durch seine Einfachheit vorzüglich eignet und Gewähr für die größtmögliche Vermeidung des Sauerwerdens der Milch gibt. Der Preis pro Stück beträgt 10 h. Unger (Wien).

Rullmann. *Ueber die Abtötung von Tuberkelbazillen in erhitzter Milch.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 31, S. 1343.)

Nach den Versuchen des Verfassers genügt selbst halbstündiges Erhitzen von mit Sputum infizierter Milch bei 65° C. unter ständigem Schütteln und Beobachtung aller Kautelen (so besonders der genau gleichbleibenden Temperatur) nicht, um die Tuberkelbazillen abzutöten. Camerer (Stuttgart).

Kinner. *Das kolloidale Wismutoxyd bei den Verdauungsstörungen im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 29. S. 1254.)

Das Präparat (Pulver) ist eine Verbindung von lysalbin- und protalbinsaurem Natron und Wismutmetahydroxyd; es ist geschmacklos und löst sich in kaltem und heißem Wasser. Zweckmäßig wird es in 10 $\frac{0}{10}$ iger Lösung, u. zw. drei- bis viermal täglich 5 cm³ in Milch gegeben. Vor den Tanninpräparaten hat dasselbe den Vorteil der Löslichkeit.

Die Erfolge sind bei akuten und chronischen Darmstörungen im Kindesalter, wie in 18 Krankengeschichten gezeigt wird, sehr gute. Camerer (Stuttgart).

Kerr. *Treatment of the summerdiarrhoeas of infants.* (Behandlung der Sommerdiarrhöen bei Säuglingen). (Brooklyn Med. Journ. August 1903).

Verf. legt das meiste Gewicht auf Ausspülungen und Wismut. Opium nur bei großen wässerigen Stühlen, bei Tenesmus und bei abnormer Darmreizbarkeit. Für Kollapszustände Salzwasserklysmata von 44° C. mit Zusatz von Alkohol, heiße Einwickelungen, Kampfer 0.02 bis 0.06 in Glyzerin innerlich, auch Ol. camphoratum äußerlich.

Wachenheim (New-York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Del Monaco. *Iniezione di siero antidifterico in un caso di afta cachettica seguita da guarigione. (Ueber Injektion antidiphtherischen Serums in einem geheilten Falle von kachektischer Aphtha. (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, Nr. 14, 1903.)*

Zwölfmonatliches Mädchen. Analoge Fälle schon von Gaspardi und Santi, von Sangiovanni usw. veröffentlicht. Dotti (Florenz).

C. Norero. *Angina acuta difterioide. (Ueber diphtherieartige akute Angina.) (Rivista di Clin. pediatrica. Nr. 6, 1903.)*

Aus der von Prof. Jemma geleiteten Kinderabteilung, Klinik für innere Krankheiten zu Genua, berichtet Verf. über drei charakteristische klinische Fälle diphtherieartiger Angina und schließt mit dem Rate, die bakteriologische Untersuchung nie zu unterlassen, schon um die prophylaktischen Maßregeln besser handhaben zu können. Dotti (Florenz).

Royster. *Report of a case of tonsillar ulcer of Vincent. (Fall von Angina Vincentii.) (Arch. Pediatrics, August 1903.)*

Bei einem siebenjährigen Mädchen ergab die bakteriologische Untersuchung eines persistierenden Mandelgeschwürs den spindelförmigen Bazillus und das Spirillum, die zuerst von Vincent beschrieben wurden. Die Diagnose in diesen Fällen ist sonst nicht leicht, namentlich von Diphtherie und Lues. Von der ersteren unterscheiden sich die Vincentschen Fälle gewöhnlich durch den normalen Befund des Pulses und der Temperatur, nebst der merklichen Neigung zur Chronizität. Von sekundären luetischen Erscheinungen ist die Differenzierung oft sehr schwierig, der Nutzen des Bakterienbefundes ist daher nicht zu unterschätzen.

Wachenheim (New-York).

M'Naughton. *Epidemic parotitis with metastasis to the female Genitalia. (Epidemische Parotitis mit Metastase in den weiblichen Geschlechtsorganen.) (Pediatrics, Mai 1903.)*

Obgleich seltener als Orchitis ist Metastase der Parotitis nach den Ovarien nicht so selten. Wie bei den Knaben, kommt die Genitalmetastase am häufigsten gegen das Pubertätsalter vor.

Wachenheim (New-York).

Durante. *L'oftalmia purulenta nei neonati. (Ophthalmia purulenta bei Neugeborenen.) (La pediatria, Nr. 5, 1903.)*

Eine therapeutische Note.

Dotti (Florenz).

A. Pasini. *Il pemfigo epidemico dei neonati. (Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen.) (Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle, f. 2 bis 3, 1903.)*

Nimmt gelegentlich einer im Findelhaus in Parma ausgebrochenen Pemphigusepidemie Anlaß, die Krankheit zu besprechen.

Von 25 Kindern starben 17. Histologischer Blutbefund: Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins; leichte Poikilozytose; Vermehrung der Leukozyten. Bläschen enthielten einen nicht verkapselten und mit dem von D e m m e beobachteten und von anderen in jener Krankheit konstatierten, identifizierbaren Diplokokkus. Verf. glaubt diesem Bakterium pathogene Wirkung zuschreiben zu können und den Pemphigus neonatorum aus der Reihe der Dermatosen der Pemphigusgruppe ausscheiden und in jene der Infektionskrankheiten mit Hauterscheinungen neben die Blattern und Varizellen einreihen zu müssen.

Reiche Literatur über den Gegenstand. Dotti (Florenz).

Edwards. *Varicella gangraenosa.* (Arch. Pediatrics, August 1903.)

Diese Komplikation ist gewöhnlich mit Unterernährung oder Tuberkulose gesellschaftet. Ein Fall bei einem zwölfjährigen Kinde wird berichtet; langwierige Genesung.

Wachenheim (New-York).

R. Boscolo. *La broncopneumonite da influenza nei bambini e l'uso delle iniezioni di acqua ossigenata nel periodo dell'asfissia.* (Die Bronchopneumonie aus Influenza bei Kindern und Gebrauch von Injektionen mit Wasserstoff-Superoxyd in der asphyktischen Periode.) (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, Nr. 41, 1903.)

Verf. erklärt, mit subkutanen Injektionen von je 6 bis 8 g in zwei Fällen (resp. 8- und 14monatl. Kind) guten Erfolg gehabt zu haben.

Dotti (Florenz).

P. Valenza. *Splenopneumonite o m. di Grancher da grippe infantile.* (Ueber Splenopneumonie oder Granchersche Krankheit aus Kinder-grippe.) (La pediatria, Nr. 5, 1903.)

Verf. berichtet über einen ihm in einer verbreiteten Kinder-grippeepidemie begegneten Fall an 2jährigem Kinde. Heilung.

Dotti (Florenz).

R. Simonini. *Contributo allo studio delle artriti da diplococco nell'infanzia.* (Beitrag zur Kenntnis der Diplokokkenarthritis bei Kindern.) (La pediatria, Nr. 4, 1903.)

Klinische und bakteriologische Untersuchungen in drei Fällen.

Dotti (Florenz).

Emil Haim (Wien). *Ueber Knochenveränderungen bei akutem Gelenksrheumatismus im Röntgenbild.* (Zeitschrift für Heilkunde, XXIV. Bd., Heft VIII, Seite 260, 1903.)

Verf. hat bei 12 Fällen von akutem Gelenksrheumatismus, unter denen sich auch Kinder befinden, gegen 40 Aufnahmen gemacht und kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Beim akuten Gelenksrheumatismus finden wir schon in den ersten Tagen nach Beginn des Prozesses im Röntgenbild diffuse Aufhellung der Knochenschatten sowie Verwischung der Struktur- und Konturzeichnung der spongiösen Gelenksenden. Diese Ver-

änderungen können wir als Ausdruck dafür auffassen, daß schon in den ersten Tagen der entzündliche Prozeß auf die knöchernen Gelenksenden übergreift, daß eine akute Erweichung, Hyperämie und Schwellung der Gelenksenden stattfindet, welche wir als Ostitis der Epiphysen bezeichnen können. Nach Ausheilung des Entzündungsprozesses gehen auch diese Veränderungen zurück. Es bleibt nur eine geringgradige, stabile Atrophie der knöchernen Gelenksenden zurück, welche sich im Röntgenbild durch eine leichte Aufhellung sowie durch eine scharfe, grobmaschige, nur spärliche Strukturzeichnung kundgibt. Zuppinger (Wien).

Hecker. *Ein Fall von Henochscher Purpura.* (Centralbl. f. Kinderh. 1903, Nr. 9.)

Bei einem 9jährigen Knaben traten zu den vorhandenen Erscheinungen der akuten Purpura rheumatica am 5. Krankheitstage schwere abdominale Symptome, Anorexie, Erbrechen, Koliken und Darmblutungen. Die Schmerzen erreichten ihren Höhepunkt am 14. Tage, 7 Tage nach dem ersten Erbrechen. Während der Zeit der Darmblutungen sistierte das schubweise auftretende Aufschießen von Hautblutungen. Die anfängliche Therapie (Natr. salicyl., Opium, Eiswasser etc.) blieb ohne jegliche Wirkung; Ergotin und Gelatine per os wurden erbrochen. Erst durch Injektion von 0.0003 Atropin. sulfur. besserte sich das Krankheitsbild wie mit einem Schläge und namentlich die qualvollen Koliken verschwanden innerhalb weniger Minuten. Nach H. wirkte in diesem Falle das Atropin durch Regulierung der Peristaltik und Ischämisierung der Darmschleimhaut direkt lebensrettend. Brüning (Leipzig).

Paul Moser. *Die Serumbehandlung bei Scharlach.* (Vortrag auf der XII. Versammlung des Zentralvereines deutscher Aerzte in Mähren.) (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 44, Seite 2053.)

Bisher wurden im ganzen 138 Fälle injiziert und publiziert (112 im St. Anna-Kinderspital, 26 im Jubiläumskinderspital in Wien). Seit den letzten Publikationen kamen weitere 38 Fälle hinzu: 15 in der erstgenannten, 23 in der letztgenannten Anstalt. Von den 15 im Alter von $2\frac{1}{2}$ Jahren bis 14 Jahren stehenden Kranken des St. Annaspitals starb keiner, von den 23 der anderen Anstalt, im Alter von 7 Monaten bis 10 Jahren, starben 13, u. zw. 4 in den ersten 24 Stunden, die übrigen 9 an folgenden komplizierenden Mischinfektionen: Diphtherie, Pertussis, Tuberkulose, Morbillen, Erysipel, Varizellen und Pneumonie. Hervorgehoben sei schließlich, daß sich auch unter den geheilten Fällen eine große Zahl solcher Mischinfektionen befindet. Unger (Wien).

Aronheim. *Sind die Koplikschen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern?* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 28, S. 1209.)

Aronheim hatte Gelegenheit, im Jahre 1902 bei einer schweren Masernepidemie etwa 150 Fälle zu beobachten und viele Kinder schon im Inkubations- und Prodromalstadium zu sehen. Kopliksche Flecken fanden sich nur in 6% der Fälle, dagegen ließ sich bei zahlreichen Kindern schon im Prodromalstadium eine fleckige Röte in der Gegend des weichen

und harten Gaumens und der den Backzähnen benachbarten Schleimhaut konstatieren; als auffallende Erscheinung in dieser Epidemie zeigte sich bei der Mehrzahl der später erkrankten Kinder schon früh eine hochgradige Hauthyperämie.

C a m e r e r (Stuttgart).

Comby. *Trois cas de rougeole en rechute.* (Bulletins de la société de Pédiatrie, Juni 1903.)

Bericht über drei Fälle von rezidivierendem Masernexanthem.

F r e u n d (Breslau).

Riedel W. *Ueber das Auftreten von Geschwüren im Gesicht nach Masern.* (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)

Die in der vorliegenden Abhandlung kurz mitgeteilten 12 Fälle entstammen der Heubnerschen Klinik und kamen dort in den Jahren 1896—1902 zur Beobachtung. Gewöhnlich am 8. Tage nach Auftreten des Masernexanthems bildeten sich, um die Nasenlöcher herum beginnend, und sich zu den Mundwinkeln oder auf die Oberlippe erstreckend, Exkorationen, die entweder glatt abheilten oder aber sich in tiefgehende Ulcera verwandelten. Falls andere Komplikationen nicht vorlagen, war die Prognose günstig. Durch Bepinseln mit Arg. nitr.-Lösung und nachfolgendes Auflegen eines kleinen trockenen Verbandes oder einer Salbe verschwinden die Geschwüre meist relativ schnell, ohne eine Narbe zu hinterlassen. In der Mehrzahl der Fälle bestand neben den Ulzerationen ein heftiger Darmkatarrh; 4 Kinder erlagen anderweitigen Komplikationen. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwüre in einem der 12 Fälle bot außer Verdickung der Cutis mit partieller Nekrose und fleckweise vorhandener Infiltration keine charakteristischen Eigentümlichkeiten, wie aus zwei beigegeführten Zeichnungen ersichtlich ist. Auch die bakteriologische Untersuchung ließ im Stich; es wurden nur Staphylokokken gefunden. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei den beschriebenen Erscheinungen um Beziehungen zwischen Ulzerationen und Masern, deren ätiologischer Zusammenhang erst mit Sicherheit wird beantwortet werden können, wenn der Masernerreger gefunden sein wird.

B r ü n i n g (Leipzig).

Papavassilion. *La diphthérie à Athènes de 1880 à 1900.* (Annal. de méd. et. chir. inf. 1903, Nr. 20.)

Auf Grund einer diesen Zeitraum umfassenden, beigegeführten Tabelle kommt P. zu dem Ergebnis, daß in Athen, trotzdem sich die Bevölkerung fast verdoppelt und trotzdem die allgemeine Sterblichkeit während dieser Zeit der Bevölkerungszunahme entsprechend zugenommen hat, seit Einführung des Diphtherieheils-serums die Diphtheriemortalität erheblich gesunken ist. Während bis zum Jahre 1895 pro 1000 9.2 bis 11.8 (3.6% bis 4.3% der Todesfälle) zugrunde gingen, betrugen die entsprechenden Zahlen seit 1896 2.3 bis 4.5, d. h. also 0.9 bis 1.9%.

B r ü n i n g (Leipzig).

Nebelthau. *Beiträge zur Entstehung der Tuberkulose vom Darm aus.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 29 und 30.)

In den letzten drei Jahren wurden von N e b e l t h a u 26 tuberkulöse Kinder im Alter zwischen drei Monaten und fünf Jahren obduziert; es fanden sich hiebei 16mal an den Mesenterialdrüsen tuberkulöse Veränderungen, neunmal war der Darm an der Tuberkulose beteiligt, nur einmal fand sich primäre Darmtuberkulose. N e b e l t h a u

zieht hieraus den Schluß, daß die Infektion der Tuberkulose vom Darm aus erfolgen kann und im kindlichen Alter von hier aus in der Tat nicht selten erfolgt. Bei allen Kindern von drei Monaten bis zu einem Jahre und sechs Monaten (neun Fälle) ließ sich die entstandene Darmerkrankung auf Ansteckung von Mensch zu Mensch zurückführen; bei den älteren Kindern ließ sich der Ausgangspunkt meist nicht feststellen. Nebelthau hält es für erforderlich, in der Praxis mit der Möglichkeit der Uebertragung sowohl der menschlichen als der tierischen Tuberkulose vom Verdauungskanal und Respirationsapparat aus zu rechnen.

Camerer (Stuttgart).

Guillaume-Louis. *Rupture intrapulmonaire d'un tubercule sous-pleural. Emphysème interstitiel, médiastinal et sous-cutané consécutif.* (Archives général. de médecine 1903, Nr. 33.)

Der Titel gibt den Inhalt an. Es handelt sich um ein 8jähriges Mädchen.

Steinitz (Breslau).

Friedlander. *Tubercular peritonitis in children.* (Die tuberkulöse Peritonitis bei Kindern.) (Cincinnati Lancet-Clinic, 3. Juli 1903.)

Wachenheim (New-York).

H. Bichat et R. Goepfert. *Péritonite tuberculeuse latente de la région iléo-coecale; occlusion intestinale aigue par condure de l'intestin grêle, laparotomie; guérison.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 21.)

Kasuistische Mitteilung eines in der Ueberschrift genügend skizzierten Falles bei einem 8jährigen Mädchen; Verf. konnten nur fünf ähnliche Beobachtungen aus der Literatur sammeln.

Brüning (Leipzig).

Haike. *Ausbruch tuberkulöser Meningitis im Anschluss an akute eitrige Mittelohrentzündung, in dem einen Falle kompliziert mit chronischem Hydrocephalus internus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Band 58, Heft 4, Seite 633.)

Verf. teilt zwei im Titel bezeichnete Beobachtungen mit, welche die Auffassung zu bestätigen scheinen, daß durch die toxische Wirkung des otitischen Eiters eine Alteration der Pia-gefäße entstehen kann, welche die Lokalisation zirkulierender Tuberkelbazillen daselbst begünstigt.

Thiemich (Breslau).

Rist et Salomon. *Syphilis héréditaire à localisation hépatosplénique avec ictère et oedème sous-ombilical.* (Rev. mens. d. mal. de l'enfance. Tome XXI, September 1903.)

Bei einem Brustkinde von zwei Monaten tritt zunächst ein Ikterus, sodann Magendarmstörungen und Oedem unter dem Nabel auf, später eine Koryza, Milz- und Lebertumor. Trotz antiluetischer Behandlung geht das Kind unter den Erscheinungen einer Melaena zugrunde. Die Obduktion ergibt als hauptsächlichsten Befund eine Leberzirrhose in verschieden weit fortgeschrittener Entwicklung. Weder bei dem Kinde, noch bei den Eltern sind der Anamnese nach je irgend welche luetische Erscheinungen aufgetreten.

Die Mutter hat aus erster Ehe ein gesundes Kind; aus zweiter Ehe stammt eine Totgeburt, eine Fehlgeburt und ein Kind, das im Alter von fünf Monaten an dem gleichen Symptomenkomplex zugrunde gegangen sein soll. Der Vater ist sonst gesund, zeigt aber eine reflektorische Pupillenstarre. Auf Grund dieses anamnestischen Materials zögert Verf. nicht mit der Deutung der beschriebenen Lebererkrankung als einer luetischen.

Freund (Breslau).

Martinez Vargas. *Syphilis héréditaire précoce avec hypertrophie de la rate, coryza congénital, dystrophies veineuses abdominales et pemphigus généralisé aux membres inférieurs.* (Bulletins de la société de Pédiatrie, Juni 1903.)

Bericht über einen Fall von hereditärer Syphilis mit Milztumor.

Freund (Breslau).

Keisaku Kokubo. *Ueber die kongenitale Syphilis der Nebennieren.* (Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Bd. XIV, Nr. 16 und 17.)

Verf. schildert die makroskopischen und mikroskopischen gummösen Veränderungen der Nebennieren in zwei im Marburger pathologischen Institut beobachteten Fällen von kongenitaler Syphilis. Aus der Zusammenstellung der Literatur ergibt sich, daß ein wirkliches kongenitales Gumma bisher noch nicht beschrieben worden ist. Nur Girode (Bull. de la société anatom. Année 65, Sér. V. T. IV. 1890) hat Ähnliches gesehen und berichtet wie Verf.

Freund (Breslau).

v. Düring. *Das Profetasche und Collessche Gesetz.* Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Kassel. (Wiener med. Presse 1903, Nr. 39, S. 1825.)

Während nach den Erfahrungen des Autors u. a. von einer Gültigkeit des Profetaschen Gesetzes weder im engeren, noch im weiteren Sinne die Rede sein kann und es keine Immunität der wirklich gesunden Kinder syphilitischer Eltern und keine relative Immunität oder eine Abschwächung der Syphilis in der Deszendenz syphilitischer Familien gibt, ist die Frage für das Collessche Gesetz durchaus nicht so einfach. v. Düring unterzieht die Matzenauersche Beweisführung einer eingehenden Kritik und kommt zu dem Schlusse, daß bei strengster Kritik der in der Literatur bekannten Ausnahmen vom Collesschen Gesetz eine ganze Reihe von Fällen übrig bleibt, die tatsächlich (die nicht anzuzweifelnde Ehrlichkeit der Beobachter vorausgesetzt) Ausnahmen darstellen. Die Schwäche der Ausführungen Matzenauers liege eben darin, daß er alle entgegenstehenden Beobachtungen einfach als mangelhafte oder irrthümliche bezeichnet. Die Fragen, biologisch: Gibt es eine spermatische Infektion? und klinisch: Sind die anscheinend symptomfreien immunen Mütter syphilitischer Kinder syphilitisch oder nicht? werden nicht so bald und nur durch zielbewußtes Zusammenarbeiten von Physiologen, Frauenärzten, Syphilidologen und Kinderärzten der Lösung näher gebracht werden können.

Unger (Wien).

Duclaux. *Large ulcération syphilitique de la jambe droite avec ostéo-périostite du tibia, traitée et guérie par les injections locales, d'iode de potassium.* (Archiv général de médecine 1903 Nr. 22.) Casuistik. 12jähriges Mädchen. Steinitz (Breslau).

Rudolf Neurath. *Veränderungen im Zentralnervensystem beim Keuchhusten.* (Vorläufige Mitteilung.) (Wiener klin. Wochenschr. 1903 Nr. 46.)

Dem wechselnden klinischen Bilde der nervösen Symptome im Verlaufe des Keuchhustens standen bisher als anatomische Befunde nur zerebrale und meningeale Hämorrhagien, recht selten andere Veränderungen (Encephalomalacie, Meningoencephalitis, Pachymeningitis) gegenüber. Die für die Pathogenese vorgebrachten Theorien sind nicht einwandsfrei.

Autor hat nun das Zentralnervensystem von 17 keuchhustenkranke Kindern, die an verschiedenen Todesursachen verstorben waren, untersucht. Makroskopisch fand sich Oedem und Hyperämie der Meningen und des Gehirnes, oft auch normaler Befund. Mikroskopisch zeigte sich in einer großen Zahl der Fälle Verdickung der Pia, Lockerung ihrer Gewebsmaschen, starke Infiltration mit Rundzellen und proliferierten Gewebszellen, Blutergüsse in und unter die Pia, Erweiterung der vaskulären und perizellulären Lymphräume des Gehirnes, Rundzellenanhäufung längs der Gefäße. Bakteriologisch fanden sich in den Schnitten eines Falles influenzaähnliche Stäbchen, in drei Fällen blieb das Kulturverfahren negativ.

Die entzündlichen Meningealveränderungen mögen auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommen (Sawada). Dieselben gewinnen jedenfalls dadurch an Bedeutung, daß sie sich umso intensiver fanden, wenn im klinischen Verlaufe nervöse Symptome (Konvulsionen, Somnolenz, meningitische Symptome) verzeichnet waren. Ueber die Stellung der Veränderungen in der Reihe der Meningitiden und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der nervösen Keuchhustenkomplikationen will sich Autor in der bald erscheinenden ausführlichen Publikation näher äußern.

Autoreferat.

Mettler. *Syphilis as a cause of chorea.* (Die Syphilis als Ursache der chorea.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Sept. 1903.)

Bei einem Kinde mit nachweisbarer hereditärer Lues fand sich eine typische Chorea, beiderseitig entwickelt, die Bewegungen entschieden nicht athetotisch. Da die gewöhnliche Choreatherapie gänzlich versagte, machte Verf. einen Versuch mit Jodkali, worauf schnelle Besserung eintrat.

Man sollte bei Chorea wenigstens an Lues denken; obgleich die luetischen Formen gewöhnlich mehr oder weniger unilateral sind, dem prae- resp. posthemiplegischen Typus angehören, mit oder ohne andere Zeichen von Kortikalreizung. Ferner meint Verf., daß die Chorea überhaupt keine Krankheitseinheit sei, sondern nur ein Symptomenbild, das von den verschiedensten Ursachen herrühren könne.

Wachenheim (New-York).

Röder. *Beobachtungen bei der Arsentherapie der Chorea.* (Vorläufige Mitteilung.) (Fortschritte der Medizin, Bd. 21, Nr. 19.)

Röder warnt vor der Anwendung des Arsens bei der infektiösen Form der Chorea minor. Er gab das Arsen in Form der

Guberschen Quelle oder als Solutio arsen. Fowleri mit Aqua Cinnamomi aa von dreimal täglich 2 bis 3 Tropfen allmählich ansteigend bis dreimal 10 bis 12 Tropfen. Fast gleichmäßig beobachtete er nun zwischen dem 12. und 14. Tage, nachdem die höchste Dosis überschritten war, eine allmähliche, mäßige oder plötzliche und hohe Temperatursteigerung, welcher der Puls, u. zw. mit den Eigenschaften eines Pulsus celer vorausgeeilt war. Ferner beobachtete er gleichzeitig ein Deutlicherwerden systolischer Geräusche am Herzen, eine Aenderung ihres Charakters mit häufig zunehmender Verbreiterung der Herzgrenzen und mehr oder weniger ausgesprochene Störungen der Herzaktion (Stenokardie und Arrhythmie). Das subjektive Befinden verschlechterte sich während dieser Tage, vielfach rezidierten die rheumatischen Erscheinungen und die choreatischen Bewegungen wurden wieder stärker. Eine ganz besondere Beachtung erheischte in einigen schweren, zum Teil unter typhösen Zuständen letal verlaufenen Fällen die Beteiligung des Digestionskanals. Alle diese Erscheinungen besserten sich bei der fortschreitenden Verminderung der Tropfenzahl allmählich, bei sofortigem Aussetzen des Arsens schnell und prompt, wenngleich gewisse Schädigungen bestehen blieben. Bei der neuropathischen Form der Chorea sah Röder diese Erscheinungen nicht.

Hohlfeld (Leipzig).

O. Reinach. *Ueber Pollakiurie und Enuresis im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Band 58, Heft 5, Seite 795.)

Verf. erörtert die verschiedenen Auffassungen der Enuresis und der zu ihr in enger Beziehung stehenden Pollakiurie und kommt für zwei ausführlich mitgeteilte eigene Beobachtungen dazu, sie im Sinne der Breslauer Schule zur Hysterie zu rechnen.

Die therapeutische Wichtigkeit dieser anscheinend ganz akademischen Frage wird gebührend hervorgehoben.

Thiemich (Breslau).

Carrière. *Sur deux cas de Ménigisme uricémique.* (Archives général de medecine 1903, Nr. 11.)

Dem hysterischen, traumatischen und „durch Darmparasiten bedingten“ Meningismus reiht Verf. als gesondertes Krankheitsbild den Meningismus auf arthritischer Grundlage an.

In zwei gleich verlaufenen Fällen, bei einem 6½- und zirka 2 jährigen Kinde hat er meningitische Erscheinungen beobachtet, deren Aetiologie ihm durch die Lumbalpunktion geklärt schien. Er fand in beiden Cerebrospinalflüssigkeiten keine Formelemente, keine Bakterien, wohl aber Kristalle, die sich als harnsaures Natrium erwiesen. Dieser Befund, die „arthritische Belastung“ und vor allem der Effekt der antigichtischen Therapie (absolute Milchdiät, Piperazin) bestärken seine Vermutung, daß die Erkrankungen als die Folgen harnsaurer Diathese aufzufassen seien. Daß in dem ersten Falle die Heilung eines früheren Anfalles von Meningismus auch ohne eine spezifische Therapie ebenso prompt erfolgt ist, stört seine Beweisführung nicht.

Steinitz (Breslau).

M. Arndt und F. Sklarek. *Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn.* (Arch. f. Psych. Bd. 37, Heft 3, Seite 756 bis 799.)

Die Verf. beschreiben sehr ausführlich das balkenlose Gehirn eines fünfzehnjährigen idiotischen Mädchens. Dem von Probst (Arch. f. Psych., Bd. 34, 1901) eingeschlagenen Verfahren folgend, untersuchten sie einen großen Teil des Gehirnes an Markscheiden-Serienpräparaten und beschäftigten sich hauptsächlich mit der Frage des fronto-okzipitalen „Balkenlängsbündels“. Unter ausgiebiger Benützung der Literatur kommen sie zu dem Schlusse, daß die von Sachs und Schröder vertretene, von Anton und Zingerle bekämpfte Auffassung richtig sei, welche besagt: „Die Fasern des Balkens sind alle vorhanden, sie treten nur nicht nach der anderen Seite hinüber, sondern verlaufen, in derselben Hemisphäre verbleibend, in der Richtung von außen nach vorne. Dadurch entsteht in dem balkenlosen Gehirn ein fronto-okzipitales Bündel, welches dem normalen Gehirne vollkommen abgeht.“

Ob der Balkenmangel für die Idiotie verantwortlich gemacht werden darf, ist deshalb zweifelhaft, weil einige Fälle von Balkenmangel bei Individuen mit normaler Intelligenz beschrieben worden sind.
Thiemich (Breslau).

L. Agotte. *Diagnostic précoce du myxœdème congenital.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 21.)

Die Diagnose des ausgesprochenen Myxödems begegnet keinen Schwierigkeiten; die Krankheit jedoch in ihren Anfangsstadien als „forme fruste“ zu erkennen, ist oft unmöglich durch Symptome, welche den untersuchenden Arzt auf Erkrankungen anderer Organe leiten, z. B. Mastdarmstörungen u. dgl. Da aber im Interesse einer möglichst zeitigen, erfolgreichen Therapie durch Verabreichung von Schilddrüsensubstanz eine möglichst frühzeitige exakte Diagnose erforderlich ist, versuchte A. an der Hand von 18 Beobachtungen einen Symptomenkomplex zu gewinnen, der die Diagnose im Beginn der Erkrankung ermöglichen soll. Nach A. sind es hauptsächlich 6 Krankheitserscheinungen, welche nach einander auftreten u. zw. Nabelbruch, Makroglossie, Verfärbung und Verdickung der Haut, subnormale Temperatur, namentlich der Extremitäten, Verstopfung und unregelmäßiges Zunehmen des Körpergewichtes. Auf Grund dieser Symptome gelang es A., in einer Reihe von Fällen die richtige Diagnose schon vor dem 6. Lebensmonat zu stellen; durch Thyreoidinbehandlung verschwindet die Krankheit in verhältnismäßig kurzer Zeit.

Brüning (Leipzig).

De Witt. *Sporadic cretinism etc.* (Sporadischer Kretinismus usw.) (Cleveland Med. Journ., August 1903.)

Drei angeborene Fälle berichtet, davon zwei verwandt. Bei allen bedeutende Besserung unter Schilddrüsen Therapie.

Wachenheim (New-York).

Max Thorey. *Augenuntersuchungen bei Epileptischen.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Die recht fleißige Arbeit, zu welcher die Insassen der königlichen sächsischen Epileptikeranstalt zu Hochweitschen das Material geliefert hatten, wurde unter Leitung von Prof. Schoen angefertigt, nachdem dieser bei einigen Epileptikern mit Augenaaffektionen sowohl die epileptischen Anfälle, als auch die durch dieselben bedingten nervösen Störungen (Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Schwindel etc.) nach geeigneter Behandlung des Augenleidens verschwinden sah. Thorey untersuchte nun zunächst, wie oft Augenleiden bei Epilepsie überhaupt vorkommen, dann, welcher Art und welchen Grades sie sind; er gewann seine in übersichtlichen Tabellen zusammengestellten Resultate, indem er außer der Refraktion und den Augenmuskelerkrankungen gleichzeitig auch den ophthalmoskopischen Befunden seine Aufmerksamkeit zuwandte. Da die Arbeit nicht nur augenärztliches Interesse beanspruchen darf, sondern namentlich dem Pädierater ein willkommener Beitrag zur Lehre der in Rede stehenden Fragen sein wird, seien noch einige Punkte aus derselben hervorgehoben. Störungen der Refraktion fanden sich unter Epileptischen nicht häufiger als beim Durchschnitt der Menschen; dasselbe gilt für die Muskelgleichgewichtsstörungen (Strabismus etc.). Von ophthalmoskopischen Veränderungen fanden sich selten Spaltbildungen, etwas häufiger Membrana pupillaris, grauer Star und Schichtstar, Rötung des N. opticus und Venenectasien ziemlich häufig. Augenstörungen, welche zu vermehrter Akkomodationsanspannung führen und durch das Bestreben, Schielablenkungen durch Muskelkontraktion auszugleichen, eine gesteigerte motorische Innervation beanspruchen, fanden sich bei 90% der Epileptischen, u. zw. bei 50% hochgradig. Es ergibt sich nicht, daß derartige Augenstörungen Epilepsie verursachen können, doch ist die Untersuchung und Behandlung der Augenaaffektionen Epileptischer ein wertvolles Mittel zur Beseitigung der eingangs betonten Beschwerden; in diesem Sinne ist eine genaue Augenuntersuchung und nötigenfalls sorgsame Behandlung aller Epileptischen anzustreben.

Brüning (Leipzig).

Ricaldoni u. Lamas. *Paralyse ascendante de Landry aigue, mortelle, à la suite d'une blennorrhagie.* (Archives général. de médecine 1903, Nr. 5.)

Casuistische Mitteilung. Betrifft einen 15jährigen Jungen
Steinitz (Breslau).

A. Zeidler. *Zur Ätiologie und Symptomatologie der zerebralen Kinderlähmung.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Unter kurzer Angabe der einschlägigen Krankengeschichten berichtet Zeidler über 50 Fälle von Poliencephalitis aus der Leipziger Universitäts-Poliklinik. Um die Häufigkeit der ursächlichen Momente deutlicher hervortreten zu lassen, sind die

Fälle nach bestimmten ätiologischen Gesichtspunkten gruppiert; es wurden zurückgeführt:

30 Fälle (60%) auf Infektionskrankheiten (Masern, Pneumonie, Scharlach, Diphtherie, Dentitionsfieber, Varizellen, Keuchhusten, Meningitis u. a.),

6 Fälle auf Geburtstraumen (12%) (schwere Entbindung, Zwillingsgeburt, abnorm großer Kopf, Steißgeburt),

6 Fälle auf intrauterine Erkrankungen (12%) bei normal verlaufenen Geburten,

5 Fälle (10%) auf hereditäre, neuropathische bzw. tuberkulöse Belastung und in

3 Fällen (6%) ließ sich ein ätiologisches Moment nicht nachweisen. Die Affektion betrug 58% Knaben und 42% Mädchen. Die Lähmung war in 44% der Fälle links-, in 42% rechtsseitig und in 14% derselben waren beide Seiten befallen, von letzteren in 8% gleich stark und in 6% die beiden Körperhälften in verschiedener Intensität.

Brüning (Leipzig).

Magnus Hirschfeld. *Das arnische Kind.* Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Kassel. (Wiener med. Presse 1903, Nr. 39 bis 40, S. 1831.)

Vergleiche den Kongreßbericht in Nr. 7 dieser Monatsschrift, S. 398.

Unger (Wien).

McHamil and Nicholson. *Infections of the newborn.* (Infektionen bei Neugeborenen.)

Snow. *Injuries and infections of newborn children.* (Verletzungen und Infektionen bei neugeborenen Kindern.) (Arch. Pediatrics, September 1903.)

Mc Hamil und Nicholson legen das Schwergewicht auf die Prophylaxe und betonen die Wichtigkeit der Reinhaltung des Kindes im strengsten Sinne. Besonders wird genaueste Antisepsis des Mundes, bei der Abnabelung und späteren Nabelpflege angeraten.

Snow geht auf die Kindersterblichkeit in den ersten Lebenswochen ein und zählt auf: 1. Frühgeburten; 2. mit Lebensfähigkeit unvereinbare Deformitäten; 3. Asphyxie und Atelektase; 4. Verletzungen bei der Geburt; 5. Infektionen als Ursachen.

Wachenheim (New-York).

Wilson. *Disturbances of respiration in the newborn.* (Respirationsstörungen bei Neugeborenen.) (Arch. Pediatrics, September 1903.)

Folgende Atmungsstörungen sind am häufigsten vertreten: 1. Asphyxie mit kongenitaler Atelektase; 2. Dyspnöe durch Herzmißbildungen, Pneumonie, Stenose der oberen Luftwege, Thymusvergrößerung; 3. Toxämische Dyspnöe bei Infektionen im Magendarmkanal.

Wachenheim (New-York).

A. Calabrese. *Alcune ricerche sul sangue e sul ricambio nella cianosi congenita. (Einige Untersuchungen über das Blut und den Stoffwechsel bei angeborener Zyanose.)* (Gazz. internaz. di med. anno VI^o, 1903.)

Von zwei beobachteten Fällen betraf einer einen neunjährigen Knaben, mit Diagnose auf Stenose der Arteria pulmonalis und Perforation des interventrikulären Septums. Verf. hat besonders die damit verbundene Hyperglobulie studiert, und kommt zum Schlusse, dieselbe der übergroßen Tätigkeit der durch den Ueberfluß an Kohlensäure im Blut gereizten hämatopoetischen Zentren zuzuschreiben.

Dotti (Florenz.)

Variot. *Cyanose congénitale intermittente. Numération globulaire.* (Bulletins de la soc. de Pédiatrie, Juni 1903.)

Bei einem sonst gesunden Brustkinde treten drei- bis viermal täglich Anfälle von etwa eine halbe bis dreiviertel Stunden anhaltender Cyanose auf, während deren sich eine erhebliche Steigerung der roten Blutkörperchen nachweisen läßt. Die Auskultation des Herzens ergibt ein lautes systolisches Geräusch; Verf. denkt an eine Pulmonalstenose.

Freund (Breslau.)

Kozerski. *Ein Fall von Ichthyosis congenita.* (Polnisch.) (Pam. Tow. Lek. Warsz. H. II.)

Es handelt sich um einen Säugling mit Ichthyosis congenita, dasselbe Leiden bei der Mutter. Beide Prozesse sehr ähnlich, was Verf. betont, im Gegensatze zur Anschauung mancher Autoren, daß Ichthyosis congenita ein anderer Prozeß ist als gewöhnliche Ichthyose.

J. Brudziński (Warschau.)

Jones. *Report of a case of thymus-enlargement in an infant. (Ein Fall von Thymusvergrößerung bei einem Säuglinge.)* (Arch. Pediat., August 1903.)

Das Kind starb plötzlich nach typischen Symptomen des Status thymicus; bei der Sektion ergab sich eine enorm vergrößerte Thymusdrüse.

Wachenheim (New-York.)

A. Poncet et R. Leriche. *Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois: nanisme ancestral; achondroplasie ethnique.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 21.)

Verff. unterscheiden den essentiellen Zwergwuchs mit Erhaltung der normalen Körperformen von dem pathologischen Zwergwuchs, der mit Skelettanomalien (Rachitis, Osteomalacie, Achondroplasie) einhergeht und entweder ein primärer oder symptomatischer, z. B. bei Erkrankungen der gl. thyroidea sein kann. Das Wort Achondroplasie, wie es allgemein gebraucht zu werden pflegt, gibt die wirklichen Verhältnisse unrichtig wieder und ist durch Oligochondroplasie, beziehungsweise durch Chondrodystrophie zu ersetzen. Im Anschluß hieran folgt eine genaue Beschreibung zweier Zwerge aus dem Thale Ain, bei welchen die

Röntgenaufnahme eine völlige, zusammenhängende Verknöcherung von Epiphysen und Diaphysen nachwies, bei welchen es sich also um wirkliche Achondroplasie handelte. Die beiden Geschwister, 31 und 28 Jahre alt, stammten von achondroplastischen Eltern ab und waren 1·20 und 1·17 m groß; im übrigen waren sie wohl proportioniert und auch geistig normal entwickelt; ihre sonstigen Körperorgane boten keine nachweislichen Veränderungen. Die Verfasser sehen in ihren Beobachtungen die Vertreter des Urmenschen, aus welchen sich allmählich das heutige Menschengeschlecht entwickelt habe. Erörterungen über die Bedeutung derartiger Individuen in der Sage und Geschichte der Völker des Altertums und des Mittelalters beschließen die lesenswerte Abhandlung. Brünig (Leipzig).

F. Sarcinelli. *La milza nella rachitide.* (La pediatria, Nr. 4, 1903.)

Semiotische und histologische Untersuchungen bei 30 rachitischen Kindern. Dotti (Florenz).

Boinet u. Stephan. *Rachitisme tardif et chondromes multiples.* (Archives général. de médecine 1903, Nr. 8.)

Mitteilung eines Falles (35jähriger Mann) mit genauem radiographischen und histologischen Befund.

Steinitz (Breslau).

St. Klein. *Ueber die Diagnose der Leukämie.* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 31 und weit.)

In dieser ausführlichen Arbeit führt der Verf. u. a. einen Fall bei einem 4 Jahre alten Knaben an, mit Geschwulst am Gesichts- und Schädelknochen und einer hochgradigen Anämie. (2.940.000 rot. Blutkörp., 8900 Leukozyten, darunter 46·5% Lymphozyten, 50% neutrophil., 2% eosinophil.) In inneren Organen keine Veränderungen. Verf. bezeichnet diesen Zustand als Chlorolymphoma.

J. Brudziński (Warschau).

M. Stoß (Bern). *Barlowsche Krankheit.* (Skorbut der kleinen Kinder.) (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte Nr. 15 und 16, 1903.)

Den vier bisher in der Schweiz von verschiedenen Autoren beobachteten und veröffentlichten Fällen von Morbus Barlowii fügt Prof. Stoß in Bern fünf weitere, wovon vier eigener Beobachtung, hinzu.

Zweimal handelte es sich um Kinder, welche mit Gärtnerischer Fettmilch, dreimal um solche, welche mit stark verdünnten Mischungen sterilisierter oder nicht sterilisierter Milch ernährt worden waren. Das Krankheitsbild war jeweilen das bekannte typische: schmerzhaftes Anschwellungen an den Extremitäten; bei bereits vorhandener Zahnbildung auch Gingivitis; daneben hochgradige Anämie, in zwei Fällen außerdem noch Nierenblutungen.

Die genaue, unter Kontrolle von Prof. Howald — (pathologisches Institut Bern) — ausgeführte mikroskopische

Untersuchung der Knochen des einen verstorbenen Falles ergab in Uebereinstimmung mit den seinerzeit von Schmorl und von Ziegler bei einschlägigen Fällen erhobenen histologischen Befunden, im wesentlichen „eine eigenartige Erkrankung des Knochenmarks, verbunden mit gesteigertem inneren Knochenschwunde, die zugleich durch mangelhafte Knochenbildung charakterisiert ist und sekundär, infolge mangelhafter Funktion des Knochenmarks, zu Anämie und zu Hämophilie führt.“ (Vergl. den genau angeführten histologischen Befund Seite 539 bis 541.)

Einzelne der untersuchten Knochen zeigten außerdem noch geringfügige rhachitische Veränderungen, die aber von Stoß, in Uebereinstimmung mit den Resultaten der von Heubner zitierten amerikanischen Sammelforschung über Morb. Barlowii, als gelegentlicher, von der Affektion unabhängiger Nebefund gedeutet werden. Stoß weist jede Beziehung zu Rhachitis zurück, wie denn auch erfahrungsgemäß jede Rhachitistherapie Morbus Barlowii gegenüber versagt. Im Gegensatz zu Heubner und Litten faßt der Autor, wie dies schon Barlow in seiner ersten Veröffentlichung getan hat, die fragliche Krankheit als infantilen Skorbut auf und bringt für die Zusammengehörigkeit der Affektion mit dem Skorbut der Erwachsenen einige weitere, recht einleuchtende Beweise vor.

Hinsichtlich der Aetiologie steht Stoß auf dem schon früher von Hagenbach-Burckhardt betonten Standpunkte, daß zwar wohl die Ernährung mit künstlichen Nährpräparaten, aber keineswegs die gerade in der Schweiz sehr verbreitete Sterilisation der Milch an sich genüge, um Barlowsche Krankheit zu erzeugen. Vielmehr kommt zu der Schädigung, welche unzweifelhaft in der Erwärmung der Nahrung bis zur Siedehitze gelegen sei (Heubner), noch ein unbekanntes X hinzu, welches in einer nach irgend einer Richtung qualitativ ungenügenden Ernährungsweise zu suchen sein dürfte.

In vielen Fällen genügt auch einfache fortgesetzte Unterernährung chronisch kranker Kinder zur Erzeugung von Barlow, ohne daß Nährpräparate oder sterilisierte Milch Verwendung finden.

Kombination der Sterilisation mit qualitativ ungenügender oder verdorbener Nahrung wirkt aber zweifellos schädlicher als Kombination einfachen Aufkochens mit solcher Nahrung. Wiederholtes Sterilisieren scheint die Schädigung noch zu vermehren. (Beobachtung von H. Neumann in Berlin.) Das dem infantilen Skorbut und dem Skorbut der Erwachsenen gemeinsame Moment liegt in Fehlern der Ernährungsweise, und auf der Aenderung der Ernährung beruht in beiden Fällen die rasche Heilung.

Wieland (Basel).

Large. *The dangers of adenoids.* (Gefahren der adenoiden Vegetationen.) (Cleveland Med. Journ., August 1903.)

Verf. hebt besonders die Gefahr einer eventuellen Taubheit hervor. Die Mehrzahl der Fälle von Schwerhörigkeit bei jungen Leuten sei auf Adenoide zurückzuführen.

Wachenheim (New-York).

Floyd. *Adenoids etc.* (Die adenoiden Vegetationen usw.) (Cincinnati Lancet-Clinic, 18. Juli 1903.)

Auf die Folgen dieser Erkrankung wird näher eingegangen. 1. Taubheit respektive Taubstummheit; dann 2. Gesichts- und Brustmißbildungen (Hühnerbrust); 3. Erkrankungen der Atmungsorgane, Neigung zu häufigen Erkältungen, näselnde Stimme, ungenügendes Kauen wegen Behinderung der nasalen Atmung; 4. Reflexstörungen (Laryngospasmus) und Geistesschwäche.

Wachenheim (New-York).

H. Cuvillier. *Traitement des végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 21.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit der adenoiden Vegetationen im Säuglingsalter für die Ernährung des Kindes und mit Rücksicht auf Komplikationen von seiten des Gehörorganes, die zusammen die „cachéxie adénoïdienne“ herbeizuführen vermögen, schildert C. eingehend die Therapie dieser Affektion, die eine interne, expektative oder eine radikale, chirurgische sein kann. Führt die Behandlung mit Einträufeln von Menthol- oder Resorcinöl $\frac{1}{50}$ in die Nase bei Rückenlage des Kindes und das Bepinseln des Rachens mit Boraxglycerin $\frac{1}{10}$ nicht nach einiger Zeit zum Ziele, so sind die Wucherungen in der üblichen Weise abzutragen. Die Operation läßt sich schon bei Kindern unter 2 Monaten mit bestem Erfolge ausführen und hat meist eine rapide Besserung des Allgemeinzustandes im Gefolge.

Brüning (Leipzig).

C. Merletti. *Nuovo ed efficace metodo di cura del mughetto esperito nel Brefotrofio di Ferrara.* (Neue wirksame Heilmethode für den Soor, erprobt im Findelhause von Ferrara.) (Accademia di scienze mediche e nat. Ferrara. 11. April 1903.)

Die Neuheit der Methode besteht in der gleichzeitigen Anwendung zweier, vereinzelt schon mit einigem Erfolge in der Kur des Soor gebrauchter Heilmittel: Wasserstoffsäureoxyd und einer Lösung von 5%igem borsaurem Natron. Die größere Wirksamkeit ist zum großen Teile der Entwicklung von Sauerstoff auf den vom Pilze ergriffenen Geweben selbst zu verdanken wegen der raschen, vollständig zersetzenden Wirkung des Alkalis auf H_2O_2 . Darreichung erfolgt mittels eines breiten Pinsels, sehr rasch, dreimal täglich. Auch in schweren Fällen zusammenfließender Wucherungen wurde der Pilz in zwei bis drei Tagen zerstört; im Anfangsstadium gelang Heilung dadurch, daß die Entwicklung des Oidiums vereitelt wurde; denn zwei bis drei Pinselstriche genügten schon, sie aufzuhalten.

Dotti (Florenz).

A. Nizzoli. *Il fegato infettivo acuto in una forma morbosa non ancora cognita. (Akute infektiöse Leber bei einem noch unbekannten Krankheitszustand.)* (Gazz. degli Osped. e delle Clin. Nr. 77, 1903.)

Bei einem an follikulärer Tonsillitis leidenden dreijährigen Knaben erschien in der Folge Nephritis, dann Lebervergrößerung und Fieber mit Zwischenräumen von Apyrexie durch zirka sechs Monate hindurch, ohne Aszites und ohne Ikterus; dann Heilung. Obwohl Verf. keine bakteriologischen Untersuchungen anstellen konnte, glaubt er doch, mit jener besonderen Form zu tun zu haben, die Bozzolo „infektiöse Leber“ nannte. Dotti (Florenz).

N. v. Lallich. *Beitrag zur Kenntnis der Echinokokkenkrankheit des Menschen.* (Aus dem Landesspitale in Sebenico.) (Wiener med. Presse, 1903, Nr. 38, S. 1777.)

Zu den 60 Fällen von Echinokokkenkrankheit, die der Autor im Jahre 1897 veröffentlicht hatte (Wiener med. Presse, 1897, Nr. 30 und ff.), berichtet er über weitere 45, in der gleichen Anstalt seither beobachtete und operierte Fälle. Es befinden sich darunter ein siebenjähriges, ein zehnjähriges und zwei dreizehnjährige Kinder, deren bemerkenswerte Kasuistik hier ganz in Kürze skizziert sei.

Nr. 78. Zehnjährige Gutsbesitzerstochter: Aufnahme 4. Februar 1900. Starke Lebervergrößerung, besonders nach oben. Kein Fieber, keine Schmerzen. Bei tiefer Einatmung konstatiert man hinter dem rechten Rippenbogen die unteren Partien einer zystischen Geschwulst. Am 6. Februar 1900: Resektion der siebenten Rippe in der Axillarlinie. Einschneiden des Diaphragma. Man erblickt die freien Bewegungen der Leber mit der Atmung. Befestigung der Leberoberfläche mit einigen Nähten an der Thoraxwand. Entleerung der Echinokokkuszyste, die aus unzähligen kleinen Blasen und sehr wenig Flüssigkeit bestand. 13. April 1900 geheilt entlassen.

Nr. 92. Siebenjähriger Bauernsohn: Aufnahme 2. Juli 1901. Mager, sehr herabgekommen. Die rechte Bauchhöhlenhälfte mit verschieden großen Zysten erfüllt. In der vergrößerten Leber ebenfalls einige größere Zysten zu konstatieren. Deutliches Hydatidenzittern. Am 4. Juli 1901: Laparotomieschnitt in der rechten Mammillarlinie. Es werden mehrere größere und kleinere Zysten in toto mit einem Teile des Netzes entfernt, zwei größere Zysten in der Leber entleert. 5. September 1900 geheilt entlassen.

Nr. 94. 13jähriger Sohn eines Eisenbahndieners. Aufnahme am 14. August 1901. Ein kindskopfgroßer zystischer Tumor reicht vom unteren Leberende bis einige Querfinger unter den Nabel. Hydatidenzittern. Fieber. Am 18. August 1901 Operation. Es findet sich eine in der Bauchhöhle frei hängende Zyste, die mit ihrem oberen Pole an der hinteren Leberoberfläche befestigt ist. Sie wird herausgewälzt und inzidiert, viel eiterige Flüssigkeit mit vielen Echinokokkenblasen entleert, die Zystenwand alsdann reseziert und die an der Leber angeheftete Zystenwand in die Wunde eingenäht. 22. November 1901 geheilt entlassen.

Nr. 95. 13jähriges Bauernmädchen. Aufnahme 8. Oktober 1901. Echinococcus suppuratus hepatitis, wie im früheren Falle. Operation am 10. Oktober 1901. Am 7. Jänner 1902 geheilt entlassen. Unger (Wien).

Mewborn. *A case of ringworm of the face and two of the scalp, contracted from the microsporon of the cat. (Tinea des Gesichts und des behaarten Kopfes vom Mikrosporon der Katze erworben.)* (Pediatrics, April 1903.)

Im ersten Falle war das Mikrosporon felineum an der Hauskatze nachweisbar; in einem anderen spielte das betroffene Kind

gerrn mit Katzen. Verf. schließt nach gründlicher Studie des Mikrosponen, daß bei den Kulturen auf Bierwürzenagar diese Spezies am besten an den gelben und braunen Bändern und der Franse am Rand zu identifizieren sei. Wachenheim (New-York).

S. Baravalle (Vercelli). *Sull'anchilostomanemia dei bambini. (Ueber Anchylostomanämie bei Kindern.)* (Il progresso medico, 1903, Nr. 4.)

Verf. hat in wenig mehr als einem Jahre in der Kinderabteilung des Krankenhauses von Vercelli fünf Fälle von Anchylostomanämie beobachtet, von welchen er Anamnese, Therapie, Verlauf und Ausgang mitteilt. Dotti (Florenz).

A. Podciechowski. *Neue Krankheitsform oder Trichinosis?* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 29.)

Verf. beobachtete bei einem neun Jahre alten Knaben folgende Krankheitsform: Plötzliche Erkrankung am Abend mit Frösteln, Schmerzen in Bein-, Schulter- und Halsmuskeln, Oedem des Lides, Temperatur 39,8, Puls 110. Allgemeiner Zustand ganz befriedigend. Zur gleichen Zeit erkrankten in derselben Familie mehrere Personen mit identischen Krankheitserscheinungen. Die Untersuchung des zur Zeit gegessenen Schweinefleisches war negativ, trotzdem neigt sich der Verf. mehr zur Auffassung dieser Krankheit als Trichinose im Gegensatz zu der von anderer Seite (Epidemie in Krakau) verteidigten Anschauung, daß es eine neue Krankheitsform und namentlich eine neue Influenzaform ist.

J. Brudziński (Warschau).

A. Malagodi. *Un caso di pseudotetano. (Ueber einen Fall von Pseudotetanus.)* (Bollettino delle Cliniche, Nr. 3, 1903.)

Der Fall trat bei einem Knaben am Tage nach einer Verdauungsstörung ein. Zuckungen der unteren Extremitäten, in folgenden Tagen auch Schwindel und Zuckungen aller Muskel. Mit einer sedativen Kur (warme Bäder, Chloral) und Abführmitteln gegen die hartnäckige Verstopfung langsame Besserung. An den ersten Tagen wies Harnuntersuchung eine gewisse Menge Eiweiß, einige rote Blutkörperchen und Nierenelemente auf. Alle diese Erscheinungen verschwanden wieder nach einigen Wochen. Aus Aetiologie, Symptomen, Verlauf und allmählichem Verschwinden der Zuckungen und dem trotz Nierenkomplikation günstigen Ausgang schließt Verf., mit einem Pseudotetanusfall im Sinne Escherichs zu tun zu haben. Dotti (Florenz).

Heinrich Geerligs. *Ein Fall von Scleroderma diffusa.* (Inaugural-Dissertation München.)

Beschreibung eines typischen Falles von über den ganzen Körper verbreiteter Sklerodermie bei einem neunjährigen Mädchen. Bestehen der Erkrankung seit drei Monaten vor der Aufnahme in die Klinik. Haut fest gespannt, infiltriert, wachstartig. Die affizierten Teile geschwellt. Bewegungen behindert (Extremitäten, Hals, Augenlider). „Patient bietet infolgedessen einen statuenhaften Anblick.“

Schleimhaut der Lippen ebenfalls geschwellt und härter als normal. Mund kann nicht vollkommen geöffnet werden, Zunge brethhart. Sprache erschwert.

Sensibilität herabgesetzt, stumpfe Berührung wird nicht empfunden, wohl aber spitze. Wärme- und Kältegefühl erhalten. Patellarreflex fehlt, Bauchdeckenreflex vorhanden.

Behandlung: gute Ernährung, Massage, Ligu. Fowleri. Fortschreitende Besserung, so daß das Kind bald poliklinisch behandelt werden kann. Bei einer Untersuchung nach fast $1\frac{1}{2}$ Jahren nur noch ganz leichte Veränderungen.

An die Schilderung des Falles schließt sich eingehende Besprechung der Literatur an.

Uffenheimer (München).

B. Korybut-Dankiewicz. *Ein Fall von Erythema nodosum mit nachfolgender Muskelatrophie bei einem Säugling.* (Polnisch) Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. H. II.)

In diesem Fall ist beachtenswert die große Ausdehnung des Prozesses. Die Lokalisation nur auf der rechten Körperhälfte (obere und untere Extremitäten), die nachfolgende Muskelatrophie und der verhältnismäßig günstige, obwohl langwierige Verlauf. Aetiologie dieses Falles wie vieler anderer ist ziemlich dunkel.

J. Brudziński (Warschau).

Oberndorfer. *Sitzung des ärztlichen Vereines in München.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 28, S. 1235.)

Oberndorfer berichtet über einen Befund bei einem 8monatlichen Kind, bei welchem sich neben einem enormen Hydrocephalus (5 Liter Inhalt) eine pantherfellartige Zeichnung der ganzen Hautoberfläche, bedingt durch multiple Pigmentnävi, und im Kleinhirn eine diffuse, netzartig gebaute endotheliomatöse Wucherung mit Pigmentbildung fand. Der Ursprung dieser Veränderungen ist nach Oberndorfer in den frühesten Perioden des Embryonallebens zu suchen.

Camerer (Stuttgart).

Fairbanks. *The „idiopathic“ or „essential“ dropsies of childhood.* (Sogenannter idiopathischer respektive essentieller Hydrops im Kindesalter.) (Amer. Journ. of Med. Sciences, September 1903.)

Im Sommer 1902 beobachtete Verf. eine Reihe von Fällen von Hydrops bei Säuglingen, ohne klinischen oder postmortalen Nachweis von Herz-, Nieren-, Lungen- oder Gefäßerkrankung. Albuminurie fehlte bei allen; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren mehr minder schwere Magendarmstörungen vorhanden. Die Temperatur verlief häufig subnormal, dabei merkliche Anämie, worauf in wenigen Tagen die verschiedenen Oedeme sich zeigten. Bei keinem der Kinder konnte der Hydrops als primär angesehen werden.

168 Fälle sind aus der Literatur gesammelt, die ähnliche Symptome und anatomischen Befund ergeben. Daneben wird aufmerksam gemacht, daß auch nach Infektionskrankheiten (z. B. Scharlachfieber) dasselbe klinische Bild vorkomme, ebenfalls ohne nachweisbare pathologisch-anatomische Grundlage. In diesen Fällen würde wohl niemand die Oedeme als primär auffassen.

Zum Schlusse meint Verf., daß wir bei dieser ganzen Gruppe mit einem Sympathicusreflex zu tun haben, welcher durch Anämie,

Marasmus, Intoxikationen, Temperatureinflüsse, Trauma usw. ausgelöst wird. Von einer „idiopathischen“ respektive „essentiellen“ Natur des Hydrops dürfte keine Rede sein.

Wachenheim (New-York).

John Mc. Caw. *Paroxysmale Hämoglobinurie bei einem Kinde.* (Brit. med. Journ., 18. Juli 1903, pag. 134.)

Die ersten Anfälle von Hämoglobinurie hatte das Kind im Alter von fünf Jahren und zehn Monaten. Dieselben traten einmal wöchentlich ein. Nach der Spitalaufnahme wurden im ersten Monat vier Attacken beobachtet, hierauf blieben sie gänzlich aus bis zu einer nach sechs Wochen neuerdings eintretenden Entladung. Wie in so vielen anderen Fällen war kongenitale Lues deutlich nachweisbar. Außer sorgfältiger Inachtnahme vor Kälteeinwirkung wurde jeden Abend ein Gran Pulv. Hydrargyri verwendet. Die Blutuntersuchung ergab beträchtliche Anämie, auf Hämoglobinämie scheint nicht untersucht worden zu sein. Melland (Manchester).

Reinach. *Pyonephrose als Komplikation einer choleriformen Enteritis bei angeborener doppelseitiger Hydronephrose eines sechsmonatlichen Kindes.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, Ergänzungsheft.)

Ausführliche anatomische Beschreibung eines Falles von doppelseitiger Pyonephrose nebst Erörterungen über das Zustandekommen der Infektion der Nieren in diesem Falle.

Freund (Breslau).

Veau. *Les fistules de l'urètre par constriction de l'urètre.* (Arch. de med. d. enfants. Tome VI, Nr. 10.)

Verf. beschäftigt sich anlässlich eines einschlägigen Falles mit der Frage der Ätiologie und besonders der operativen Behandlung von Urethralfisteln im Knabenalter. Die Einzelheiten sind für ein Referat nicht geeignet.

Freund (Breslau).

Kurrer. *Ueber Dextrokardie.* (Mediz. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 40, S. 717.)

In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um eine erworbene Dextrokardie bei einem 10 Jahre alten Knaben, die durch frühere krankhafte Prozesse (Lungen- und Brustfellentzündung vor 2 Jahren) entstanden war. Das Herz liegt mit der Basis rechts, mit der Spitze links und erscheint demnach als ganzes derart hochgradig verzogen, daß die Herzdämpfung links vollständig verschwunden ist. (Röntgenbild.)

Unger (Wien).

H. Holsti. *Ein Fall von Aspirationspneumonie.* (Finska Läkarsällskapets Handlingar Nr. 7, 1903.)

Ein 13jähriger Knabe hatte ein Gewürznägelchen aspiriert. Es entwickelte sich eine Lungenentzündung, welche unter dem Bilde einer katarrhalischen Pneumonie verlief und zwei Wochen dauerte; drei Tage nach dem Aufhören des Fiebers wurde das Gewürznägelchen ausgehustet.

Pipping (Helsingfors).

M. Peano. *Un caso di enfisema polmonare ed asma infantile da vegetazioni adenoidi della rinofaringe curato colla Jodipina. (Ueber einen Fall von Lungenemphysem und kindlichem Asthma aus adenoiden Wucherungen der Nasenrachenhöhle, mit Jodipin geheilt.)* (La pediatria, Nr. 1, 1903.)

Vierjähriger Knabe, durch drei Monate fortgesetzte Jodipinkur (1 bis 3 Teelöffel täglich, der 10⁰/₁₀igen Lösung) ergab langsames Verschwinden der adenoiden Wucherungen, resp. des Asthmas. Bronchialerscheinungen günstig verändert, daher auch Heilung des Emphysems.

Dotti (Florenz).

H. Brüning. *Beitrag zur Lehre der Vergiftungen im Kindesalter.* (Zentralbl. f. Kinderh. 1903, Nr. 10 u. 11.)

Im Leipziger Kinderkrankenhaus kamen im ersten Dezennium seines Bestehens 14 Fälle von Vergiftungen bei Kindern im Alter von 3 Wochen bis zu 13 Jahren zur Beobachtung. Die Vergiftung wurde hervorgerufen: 6mal durch Säuren (Karboll-, Schwefel- und Salpetersäure), 4mal durch laugenartige Substanzen (Ammoniak, Kalilauge u. a.), 1mal durch Morphinum und 3mal durch Einatmen von Kohlendunst. Mit Ausnahme eines Falles, in welchem ein 13jähriges Mädchen absichtlich suicidii causa Salpetersäure verschluckt hatte, handelte es sich um Unfälle, die sich die Betroffenen selbst zuzuschreiben hatten oder bei welchen gleichzeitig Fahrlässigkeit der Eltern bzw. Pflegeeltern vorlag. 6 Fälle endeten tödlich (3 Säure-, 2 Laugen- und 1 Kohlendunstvergiftung); weitere Fälle gingen vorüber, ohne irgend welchen Schaden zu hinterlassen und nur bei einem Knaben, der versehentlich Schwefelsäure getrunken hatte, bestanden noch 4 Jahre nach dem Unfalle Stenosenerscheinungen (Schluckbeschwerden etc.). Aus den in extenso mitgeteilten Krankengeschichten ergibt sich Näheres über Verlauf, Dauer und Ausgang der Erkrankungen; mehrere Obduktionsberichte erläutern die gefundenen pathologischen Verhältnisse, von denen ein Fall von Säureintoxikation mit 2¹/₂ % Zuckergehalt des Urins besondere Beachtung verdient.

Brüning (Leipzig).

Groß. *Ueber angeborenen Mangel der Schlüsselbeine.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 27, S. 1151.)

Bei einem 12jährigen, in der Entwicklung stark zurückgebliebenen Mädchen, das Spuren von überstandener Rhachitis zeigte, fand sich ein vollständiges Fehlen der lateralen Teile der Schlüsselbeine, während sich an das Manubrium sterni beiderseits 2 cm lange, frei endigende Stümpfe ansetzten. Die scharfe Grenze der beiden Schlüsselbeingruben fehlte, das Akromion sprang weit vor, die Oberarmköpfe konnten einander sehr nahe gebracht werden; das vordere Drittel des M. deltoideus nahm seinen Ursprung vom Akromion aus. Funktionsstörungen waren nicht vorhanden.

Cammerer (Stuttgart).

Brophy. *Surgical treatment of congenital clefts of the palate in infants.* (Die chirurgische Behandlung der angeborenen Gaumenspalte) (Brooklyn Med. Journ. September 1903.)

Frühoperation empfohlen. Verf. hat schon in der zweiten Lebenswoche operiert.

Wachenheim (New-York)

Robert Goldschmidt. *Ueber einen Fall von Kommunikation zwischen Oesophagus und Lunge.* (Inaugural-Dissertation München.)

Verf. beschreibt einen Fall von chronisch verlaufener Miliartuberkulose, bei welchem sich auf dem Sektionstisch eine Kommunikation zwischen Speiseröhre und Lunge fand. G. glaubt, daß der primäre Erkrankungsherd eine verkäste Bronchialdrüse war. Von dieser soll nach seiner Meinung die Verschleppung auf die anderen gleichzeitig erkrankten Organe (Gelenks- und Hodentuberkulose, Wirbelkaries) auf dem Blutwege erfolgt sein; schubweise folgten dann Erkrankungen weiterer Organe, zuletzt die zum Tode führende tuberkulöse Meningitis. Die geschilderte Kommunikation zwischen Speiseröhre und Lunge trug ebenfalls durchaus tuberkulösen Charakter (Lungenkaverne, Ulcus des Oesophagus); auch sie soll ihre Entstehung der nämlichen verkästen Lymphdrüse verdanken, von welcher aus sich der Prozeß nach beiden naheliegenden Organen hin fortsetzte. Daß der Primärherd, der zur Perforation führte, nicht in der Lunge saß, glaubt G. daraus schließen zu dürfen, daß alle Lungenabschnitte völlig gesund waren mit Ausnahme des linken Unterlappens, in dem die Kaverne saß, und daß die um die Kaverne liegenden Lungenaffektionen bedeutend jüngeren Datums waren als die nach dem Oesophagus hinziehenden Veränderungen. Ein ebenfalls erst bei der Sektion entdecktes Traktionsdivertikel des Oesophagus ist durch den nach der Perforation entstandenen Zug des sich retrahierenden Bindegewebes hervorgerufen.

Hervorzuheben ist (und dies ist das Wichtige an dem beschriebenen Fall), daß die Perforation ganz langsam entstanden ist, und daß die Kommunikation auf indirektem Wege vermittelt eines derbwandigen Kanals, ohne Anlagerung der Organe aneinander, hergestellt wurde. Dieser indirekten Verbindung ist es wohl zu verdanken, daß sich zu der Tuberkulose nie eine Milzinfektion hinzugesellte. — Der gut geschriebenen Arbeit ist eine etwas schematisch gehaltene Abbildung beigelegt.

Uffenheimer (München).

Wilhelm Meyer. *Ein Fall von kongenitaler Ectopia vesicae urinariae.* (Inaugural-Dissertation München.)

Kasuistische Arbeit, in der ein Fall von Ektopie der Harnblase (vierten Grades nach Winkel) beschrieben wird. Es fehlte völlig die vordere Blasenwand und die Urethra; die Bedeckung des Dorsum penis glich einer Schleimhaut, es zeigte sich eine Rhapsie in der Mittellinie. An der Radix des Penis sah man die Ductus ejaculatorii. Nabel und Symphyse waren vorhanden. Als ein pathologisch-anatomisches Novum werden zwei am seitlichen Rande der hinteren Blasenwand befindliche kleine, etwa erbsengroße Appendices geschildert, die beiderseits symmetrisch saßen und durch tiefe Furchen von der übrigen Schleimhaut der Blasenwand geschieden waren.

Uffenheimer (München).

Eisner. *Sitzung des Vereines deutscher Aerzte in Prag.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 28, S. 1237.)

Eisner demonstriert ein großes Teratoma sacrale bei einem 46 cm langen weiblichen Fötus, das aus zahlreichen, bis hühnereigroßen Knollen eines medullären Gewebes besteht; Zusammenhang mit dem Wirbelkanal ließ sich nicht nachweisen.

Camerer (Stuttgart).

Bruner. *Sarcoma of the choroid in a child.* (Choroidsarkom bei einem Kinde. (Cleveland Med. Journ., August 1903).

Beginn der Erkrankung im vierten Jahre, zuerst als Gliom, dann Panophthalmitis diagnostiziert. Nach zweijähriger Dauer wurde der Bulbus enukleiert, der Tumor erwies sich als Sarkom; Exitus let. nach vier Monaten.

Verf. geht auf die Differentialdiagnose zwischen Gliom und Sarkom ein; klinisch seien sie kaum unterscheidbar, nur das Mikroskop könne Auskunft geben.
Wachenheim (New-York).

O. Vulpius. *Die Behandlung des Klumpfußes.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft III, S. 374.)

Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes hat frühzeitig zu erfolgen, sie beginnt mit dem täglich ein- bis zweimal vorzunehmenden Redressement und dem Einwickeln mit einer korrigierenden Flanellbinde für einige Stunden des Tages — Dauer zwei bis acht Wochen — und wird vollendet durch das modellierende Redressement in einer oder mehreren Sitzungen, worauf der Fuß in mehrmals zu wechselnden Gipsverband gelegt wird. Häufig muß Achillotomie hinzugefügt werden.

Als Komplikationen werden schwere Krampferscheinungen, Unterschenkelfrakturen, Dekubitus beobachtet. Zuweilen gelingt das Redressement nicht, oder es bleiben Störungen zurück, Verkürzung des Fußes, Platt- oder Hohlfuß, Bewegungsbeschränkung im Fußgelenk.

Ein primärer blutiger Eingriff ist ein Kunstfehler und eine Operation ist nur in Fällen, wo das modellierende Redressement versagt, angezeigt.

Beim paralytischen Klumpfuß ist die Deformität und die Lähmung zu behandeln. Erstere wird durch das modellierende Redressement beseitigt. Bei Lähmung einzelner Muskeln oder Muskelgruppen ist die Sehnenüberpflanzung die einzige Methode, die jetzt noch in Betracht kommen kann, wodurch der Fuß tendinös fixiert und dadurch vor dem Rezidiv geschützt wird, auch die aktive Beweglichkeit erhalten bleibt. Bei Lähmung des größten Teiles oder sämtlicher Muskeln ist die Arthrodesis auszuführen, eventuell mit Hinzufügung der Sehnenverkürzung.

Die Behandlung mit Schienenapparaten ist nicht zu empfehlen.

Paul Keller (Gnesen).

Borchard. *Zur Ätiologie der Coxa vara.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft III, S. 369.)

Auf Grund einiger einschlägiger Fälle zeigt Verf., daß das typische Bild der Coxa vara nicht allein durch solche Verbiegungen, die im Beginn des Schenkelhalses ihren Sitz haben, hervorgerufen wird, sondern durch die verschiedensten Abweichungen von der normalen Gestalt im Bereich des Bezirkes, der vom Trochanter major bis zum Becken reicht, seien sie nun bedingt durch abnorme Weichheit der Knochen infolge Rachitis, Osteomalacie — oder, wie ein Fall von ihm durch Syringomyelie — oder durch Epiphysenlösung, Bruch oder Infraktion der betreffenden Knochen, ja selbst durch Pfannenwanderung — so ein von ihm beobachteter Fall.

Aus einer dieser Ursachen ist die Gegend vom Trochanter bis zur Pfanne nachgiebig geworden, und die Schwere des Körpers, der Zug der Muskulatur und der Bänder formen das Bild der Coxa vara.

Am zweckmäßigsten ist die konservative Therapie, Extension und Massage u. zw. möglichst im Anfang des akuten Stadiums. Operative Behandlung ist nur angezeigt, wenn eine lange Zeit stationär gebliebene Verbiegung mit hochgradiger Funktionsstörung im Gelenk verbunden ist.

Paul Keller (Gnesen).

P. Athanassow. *Ueber kongenitale Skoliose.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft III. S. 353.)

Athanassow hat 27 lebensfähige Fälle von kongenitaler Skoliose aus der Literatur zusammengestellt und vier eigene Beobachtungen hinzugefügt, teils ohne, teils mit anderen Deformitäten (darunter sechs mit Spina bifida). In 28 Fällen ist Bildungsanomalie der Wirbelkörper angegeben, Vorhandensein von überzähligen Halb- oder Keilwirbeln, mangelhafte Ausbildung von Wirbelkörperhälften, in einem Falle wird die Skoliose auf abnorme, intrauterine Belastung, in zwei auf Paralyse zurückgeführt. Zumeist ist also Bildungsanomalie von Wirbelkörpern vorhanden, als deren Ursache abnorme intrauterine Belastung, Entzündungen, Paralyse usf. angenommen werden, jedenfalls Knochenkrankheiten, die in frühester Fötalperiode zur Zeit der paarigen Wirbelkörperanlagen auftreten und schon vor der Geburt des Kindes abgeheilt sind.

Die Radiographie ist ein wichtiges Mittel zur Erkennung der kongenitalen Skoliose in vivo.

Paul Keller (Gnesen).

Scholder. *Die Schulskoliose und deren Behandlung.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, Bd. I, Heft III, Seite 327.)

Verf. weist an der Hand eines großen statistischen Materials, das durch genaue Untersuchung von 2314 Schulkindern in Lausanne gewonnen wurde, nach, daß der Ausdruck Schulskoliose zu Recht besteht und daß diese mit habitueller Skoliose zu identifizieren ist. Etwa 25% der Schulkinder sind skoliotisch, ungefähr gleichviel Knaben und Mädchen. Als Typus der habituellen Schulskoliose muß die linksseitige Totalskoliose betrachtet werden. Der Hauptwert bei der Verhütung der Skoliose ist auf die Prophylaxe zu legen. Es sind von den angeführten Maßnahmen folgende zu erwähnen:

Kränkliche und schwächliche Kinder sind nicht zu früh in die Schule zu schicken, möglichst gute Beleuchtung, Einschränkung der prolongierten sitzenden Haltung, mediangerade Lage des Schreibheftes, die Steilschrift, Beschränkung der häuslichen Aufgaben, gerade Haltung, passende Schulbänke (es müßte jede Klasse wenigstens drei verschiedene Schulbanknummern haben), Vermehrung der Schulspele und Turnstunden — der Turnunterricht soll möglichst die Stärkung der Rückenmuskulatur berücksichtigen — regelmäßige Kontrolle durch fest angestellte und für diesen Zweck speziell ausgebildete Schulärzte.

Für die Behandlung der habituellen Schulscholiose ist das orthopädische Korsett nicht zu verwerten. Die besten Resultate liefert die medico-mechanische Behandlung oder Redressionsgymnastik.

Paul Keller (Gnesen).

W. Pipping. *Ueber das Vorkommen von Störungen nach der Tracheotomie bei Krupp.* (Finska Läkarellskapetets Handlingar Nr. 4, 1903*.)

Um die Häufigkeit der „Spätstörungen“ nach der Tracheotomie feststellen zu können, hat Verf. Nachforschungen betreffend den Gesundheitszustand vorher tracheotomierter Patienten angestellt. Die Zahl der operierten und nachträglich beobachteten Kinder betrug 67; unter diesen waren 40, bei welchen eine Zeit von 7 bis 20 Jahren nach der Operation verflossen war. Es geht aus der Untersuchung hervor, daß die Tracheotomie nicht beschuldigt werden kann, einen ungünstigen Einfluß auf die körperliche Entwicklung des Operierten auszuüben; was die von Landouzy ausgesprochene Behauptung von einer Prädisposition für Tuberkulose betrifft, die die Tracheotomie schaffen sollte, so sprechen die Beobachtungen des Verf. bestimmt gegen einen solchen Zusammenhang; dagegen zeigte es sich, daß leichtere Beschwerden seitens der Atmungsorgane bei einem großen Teil der Patienten vorkommen u. zw. bei 32·8⁰/₀.

Pipping (Helsingfors).

Cuno. *Fixierte Tuben- und Bolzenkanülen bei erschwertem Dekanülement.* (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 50, Nr. 18, S. 781.)

Um zu verhindern, daß Kinder mit Trachealstenosen die eingeführten Tuben nach kurzer Zeit wieder aushusten, fixiert Verf. die Tube im Kehlkopf dadurch, daß an der Vorderwand der Tube in Höhe der Fistel zwei Löcher eingebohrt werden und ein Fixierfaden durchgezogen wird, der mit dem zum Munde heraushängenden, durch einen Belloque von der Fistel durch den Kehlkopf geschobenen Faden verknüpft wird. Zur Erweiterung der Trachealstenosen wendet Verf. rechtwinkelig abgebogene Bolzen an, welche von der Trachealfistel aus nach oben in den Kehlkopf geschoben werden.

Camerer (Stuttgart).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

A. Moussous. *De la nécessité d'isoler et d'observer les enfants à leur entrée dans les hopitaux.* (Ann. de méd. et. chir. inf. 1903, Nr. 21.)

Empfehlung der in modernen Kinderkrankenhäusern wohl allgemein vorhandenen Isolierhäuser, bzw. Beobachtungsstationen, um während der Inkubationszeit zugehende Kranke von den übrigen Patienten zu trennen.

*) Ist auch in der Zeitschrift für klinische Medizin Bd. 49., Heft 1—4, veröffentlicht.

bzw. zunächst zu beobachten und Hausinfektionen zu verhüten. Befindet sich ein verdächtiges Kind auf der allgemeinen Abteilung, so läßt sich das ebenfalls bekannte Boxensystem, wie es namentlich von Grancher zuerst angewandt wurde, mit Erfolg verwerten, um Uebertragungen vorzubeugen.
Brüning (Leipzig).

E. Deutsch. *Gratismilch- und Ordinationsanstalten für Säuglinge.* (Zentralblatt f. Kinderh. 1903, Nr. 7 und 8.)

An der Hand reichlichen statistischen Materials und zahlreicher Morbiditäts- und Mortalitätsziffern schildert D. in eingehender Weise den Betrieb der unter seiner Leitung stehenden Anstalt in Budapest; außer Verteilung von pasteurisierter Milch — von November 1901 bis März 1903 wurden rund 165.364 l an Kinder bis zum 10. Lebensjahre verabreicht —, sollen nach Absicht des Verf. außerdem Belehrungen der Mutter durch populär gehaltene Vorträge und Schriften mit Rücksicht auf natürliche und künstliche Ernährung sowie richtige Pflege und Wartung der Kinder den Hauptzweck derartiger Institute bilden; ferner sollen sie zur Unterstützung der Schwangeren und Wöchnerinnen und endlich zur Ausbildung geeigneten Pflegepersonals dienen, um durch alle diese Maßnahmen der erschreckenden Säuglingssterblichkeit Abbruch zu tun.

Brüning (Leipzig).

Ch. Maygrier. *Les consultations de nourrissons.* — Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. Nr. 35. (Paris. Masson et Cie.)

Nach den vielen Arbeiten französischer Autoren über die in Frankreich bestehenden Einrichtungen der Säuglingsfürsorge bringt die vorliegende Arbeit nichts wesentlich neues, aber gibt eine gute Uebersicht über den gegenwärtigen Stand dieser Bestrebungen. Verf. bespricht die Entwicklung der Anstalten, die als Consultations de nourrissons und Gouttes de lait wirksam sind, und speziell die Organisation und die Erfolge der Consultationen, die er mit Recht als die bei weitem wirksamste Maßnahme im Kampf gegen die hohe Säuglingsmortalität hinstellt. Weiteste Verbreitung ist diesen Anstalten, mit denen sich alle Bestrebungen der Wohlfahrtspflege zur Unterstützung der natürlichen Ernährung verbinden sollten, zu erwünschen. Jede arme Mutter sollte die bezahlte Amme ihres Kindes, jedes Kind, das von der öffentlichen Wohlfahrtspflege unterstützt wird, sollte ärztlicher Aufsicht in den Consultations unterstellt sein.

Keller.

E. Pütter. *Das Ziehkinderwesen.* (Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, Heft 59.) (Leipzig. Verlag von Duncker & Humblot. Mk. 2.40.)

Verf., Stadtrat in Halle a. S., dem die einheitliche Organisation des dortigen Zieh- und Kostkinderwesens zu verdanken ist, erstattet im Auftrag des Vereins einen ausführlichen, sehr lesenswerten Bericht. Nach einer allgemeinen Einleitung über Fürsorge für Schwangere, Wöchnerinnen, Säuglinge, Familienpflege bespricht er die auf das Zieh-, Halte- und Kostkinderwesen bezüglichen Gesetze und Ministerialerlässe, die Polizeiverordnungen der Ober- und Regierungspräsidenten, die Veranstaltungen von verschiedenen Ortspolizeibehörden und städtischen Armenverwaltungen, die Aufgaben des Ziehkinderarztes und der besoldeten Waisenpflegerinnen, die im

Dienste der öffentlichen Wohlfahrtspflege die verschiedenartigste Verwendung finden, die Nachteile der ehrenamtlichen Aufsicht usw. Im Anhang wird der Wortlaut der Gesetze und ministeriellen Verordnungen, von Polizeiverordnungen und von Vorschriften einzelner Städte mitgeteilt, zum Schlusse die Einrichtung und Handhabung des Ziehkinderwesens in Halle dargestellt.

Für die gegenwärtig regen Bestrebungen auf dem Gebiete der öffentlichen Säuglingsfürsorge wird vorliegende Schrift vielen zur Information durch das reichhaltige amtliche Material willkommen sein.

Keller.

I. K. Doll. *Die häusliche Pflege bei ansteckenden Krankheiten, insbesondere bei ansteckenden Kinderkrankheiten.* (Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Volkshygiene, Heft 5.) (München u. Berlin, 1903. Verlag von Oldenbourg.)

II. R. Kluge. *Handbuch für Armenpfleger.* (Zweite verbesserte Auflage.) (Hamburg, 1903. Verlag von Grefe & Tiedemann. Mk. 1.50.)

Zwei populäre Schriften, von denen die erste der Pflegerin eine Belehrung über das Wesen der Infektionskrankheiten und die dabei notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zu geben sucht, während die zweite den in der praktischen, u. zw. öffentlichen wie privaten Armenpflege stehenden Personen bei Ausübung ihrer armenpflegerischen Tätigkeit als Hilfsmittel dienen soll. Weiteren Wert erhält das zweite Heft dadurch, daß der sachkundige Verfasser, Sekretär der Allgemeinen Armenanstalt Hamburg, in einem besondern Abschnitte Auszüge aus den Gesetzen, welche in der Armenpflege hauptsächlich in Frage kommen, zusammenstellt.

Keller.

F. Schiller, H. Schmidt und P. Köhne. *Zwangs- (Fürsorge-) Erziehung und Armenpflege.* (Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. Heft 64.) (Leipzig, 1903. Verlag von Duncker & Humblot.)

Nachdem sich die öffentliche und private Wohlfahrtspflege mehr und mehr der Fürsorge für das Kindesalter zuwendet, kann auch der Kinderarzt nicht umhin, sich über die einschlägigen gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Fragen zu informieren.

Dazu ist ihm auf dem durch den Titel der Schrift bezeichneten Gebiete durch die Berichte der drei Verfasser (Magistratsassessor in Breslau, Landesrat in Düsseldorf und Amtsgerichtsrat in Berlin) Gelegenheit gegeben.

Von dem Deutschen Vereine für Armenpflege und Wohltätigkeit ist kaum ein Gegenstand mit gleicher Ausführlichkeit behandelt worden als der Schutz und die Fürsorge für die heranwachsende Jugend. Neben den technischen Fragen sind die Fragen der sittlichen und erziehlichen Einwirkung auf die junge Generation wiederholt erörtert worden. Die vorliegenden Berichte beschäftigen sich speziell mit den vernachlässigten und mißhandelten sowie den ver-

wahrlosten Kindern. Das preußische Gesetz, betreffend die Fürsorge-erziehung Minderjähriger, vom 2. Juli 1900 sowie die daraus sich ergebenden Maßnahmen werden ausführlich erörtert und außerdem die Ergebnisse seiner Wirksamkeit während des zweijährigen Bestehens auf Grund der von den preußischen Provinzial- und Bezirksverbänden aufgestellten Uebersicht vorgelegt. Keller.

K. Cramer. *Krüppel und Krüppelheime.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie. Bd. I., Helt III. S. 381.)

H. Krukenberg. *Ueber Krüppelanstalten.* (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallversicherung. Bd. I. Heft III, S. 389.)

Beide Verf. betonen die Notwendigkeit, die Lage der Krüppel, deren Zahl etwa 1% der Bevölkerung ausmacht, zu verbessern dadurch, daß man die Kinder mittelloser Eltern in Krüppelheimen sammelt, wo sie nach besonderen Methoden sowohl durch Schulunterricht als durch Erlernung eines Gewerbes zu arbeitslustigen nützlichen Menschen herangebildet werden. Bisher bestehen nur 23 derartige Anstalten in Deutschland, die beiweitem nicht ausreichen, da nur etwa 2% aller Krüppel in Krüppelheimen untergebracht werden. Die Resultate sind außerordentlich günstig, nur etwa 8% der Krüppel kommen zur Entlassung, die keinen selbstständigen Beruf gefunden haben und wieder der Armenpflege verfallen sind. Die größte Mehrzahl kann sich nach einem Aufenthalt von 3 Jahren selbst erhalten und daher entlassen werden; solchen, die der dauernden Fürsorge bedürfen, wird man ständig einen Platz in der Krüppelanstalt einräumen müssen. Auszuschließen sind Blinde, Taube und Idioten, die der Aufnahme in besonderen Anstalten bedürfen.

Die gesamten Kosten sind nicht sehr erheblich, sie belaufen sich pro Kopf jährlich auf Mk. 500—, so daß Mk. 1500— genügen, um einen Krüppel selbständig zu machen.

Paul Keller (Gnesen).

Berichte.

14. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln.

2. August 1903.

I. Bloch (Köln): Ueber Prophylaxe und Therapie der Magendarmkrankheiten des Säuglingsalters. (Referat.)

Diskussion:

Selter, Paffenholz, Cramer, Keller, Gernsheim, Freyberger.

II. Rensburg (Elberfeld) berichtet über die im Mai l. J. in Hamburg stattgefundene Ausstellung für hygienische Milchversorgung, über die Vorträge Rubners (Wert der Milch als Nahrungsmittel und über Gewinnung gesunder Milch) und Heubners (Kuhmilch als Säuglingsnahrung); über eine Versammlung, in der eine öffentliche Besprechung einer muster-gültigen Polizeiverordnung betreffend Verkehr mit Milch ohne praktisches Ergebnis stattfand; über eine wissenschaftliche Versammlung des ärztlichen

Vereines in Hamburg, in der Dunbar (Hamburg) über Anforderungen der Hygiene an die städtische Milchversorgung, Soxhlet (München) über Milchversorgung und Säuglingsnahrung und Edlfsen (Hamburg) über die durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch veranlaßten Gesundheitsstörungen des Säuglings und die Wege zu ihrer Verhütung und Beseitigung sprach.

III. Keller (Bonn) spricht über Seehospize. Er schickt einige allgemeine Bemerkungen über die Organisation der deutschen Seehospize voraus und bespricht dann die klinischen Beobachtungen, welche er im Sommer 1902 als Leiter der Wyker Kinderheilstätte zu machen Gelegenheit hatte. Bemerkenswert sind die Erfolge der Hospizbehandlung bei Respirationserkrankungen, sowie der günstige Einfluß auf die nervösen Beschwerden neuropathisch belasteter Kinder. Ausführlich werden die Gewichtszunahmen der Kinder besprochen und in Vergleich gesetzt zu den Zunahmen, welche in Ferienkolonien erzielt werden. Am wenigsten konnte sich Keller von den vielgerühmten Erfolgen der Seehospize bei Skrofulotuberkulose überzeugen. Um dies zu erreichen, wäre eine Verlängerung der Kurdauer oder, falls dies nicht möglich ist, eine Ergänzung der Kur durch anschließenden Aufenthalt auf dem Lande notwendig. Außerdem erscheint eine strengere ärztliche Auslese des für die Kinderheilstätten geeigneten Kindermaterials erforderlich.

IV. Dreher (Düsseldorf) demonstriert einen Pulverbläser, der mit einem Mundspatel so in Verbindung gebracht ist, daß ein pulverförmiges Medikament nach Einführung des Spatels auf jede beliebige Stelle der Mundhöhle eingeblasen werden kann. Der Vorteil des Instruments vor den gewöhnlichen Pulverbläsern besteht darin, daß nur eine Manipulation in der Mundhöhle nötig ist, daß der Arzt die eine Hand freibehält und daß endlich die Applikation auch bei einem sich sträubenden Kinde leicht möglich ist, während durch den gewöhnlichen Pulverbläser leicht Verletzungen hervorgerufen werden können. Das Instrument ist von Metall und leicht sterilisierbar.

Rey (Aachen).

V. Versammlung des Vereines für Kinderforschung am 11. und 12. Oktober in Halle.

Der Verein hat nach § 1 der Satzungen den Zweck, „bei allen, welchen leibliches oder seelisches Wohl der Jugend anvertraut ist, ein größeres Interesse und Verständnis für die Kindheit und mehr Teilnahme für das Wohl und Wehe der Jugend zu erwecken, zu richtigem Beobachten des Kindes und seiner Entwicklung anzuleiten, sowie auch für Pflege, Unterricht und Erziehung die Methoden wissenschaftlich zu begründen und zu vervollkommen“.

Den ersten Vortrag hielt Prof. Dr. Oppenheim (Berlin) über die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Seine Ausführungen erstreckten sich besonders auf die Erscheinungen, durch welche sich die Nervosität am frühesten offenbart. Unter den psychischen Abnormitäten — mit Ausschluß der Geistesstörungen — spielen als Merkmale der Nervosität zunächst die Stimmungsanomalien und abnormen Gemütsreaktionen eine wesentliche Rolle. Die Art der Gemütsreaktion kann eine krankhafte sein: 1. der Intensität nach; 2. der Dauer nach; 3. durch ein zu kurzes Haften und einen zu rapiden Wechsel derselben. Man könnte schließlich noch 4. von einer perversen, paradoxen Gemütsreaktion sprechen, wenn Eindrücke, die bei normalen Kindern ein Lustgefühl hervorbringen oder ihre Stimmung überhaupt nicht beeinflussen, eine lebhaftere Unlustreaktion erzeugen. Zu den angeführten Momenten kommt noch ein weiteres, durch welches sich der krankhafte Charakter der Gemütsreaktion am deutlichsten offenbart, dadurch, daß sie nämlich 5. Erscheinungen hervorbringt, die dem normalen Kinde fremd sind, z. B. Steigerung des Lachens und Weinens bis zum Lach- und Weinkrampf u. a. m. Die abnorme Reizbarkeit findet einen besonders sinnfälligen Aus-

druck in der Schreckhaftigkeit, bei der sich aus der in der Regel blitzartig kurzen Muskelzuckung des Zusammenfahrens eine Konvulsion entwickeln oder die Muskelspannung in lebhaftes Muskelzittern übergehen kann. Schreckstummheit oder Schreckklähmung ist immer eine pathologische Erscheinung und ein sicheres Zeichen der Nervosität.

Ferner gehören hierher die sogenannten halluzinatorischen Delirien, die auf dem Boden der infantilen Hysterie nicht selten vorkommen und manchmal sogar von Aerzten verkannt werden.

Zu den Anzeichen der Nervosität gehören auch die Schlafstörungen: Große Bewegungsunruhe, lebhaftes und anhaltendes Träumen mit Aufschreien, Weinen oder Singen im Schlafe, nächtliches Aufschrecken u. a. m.

Als weitere Erscheinungen der Nervosität des Kindesalters nannte Redner einige Phobien, u. a. auch die Nahrungsidiosynkrasien. Ferner motorische Reizerscheinungen, die sich zum Teil noch eng an die Zwangszustände anschließen. Die wichtigsten sind die, welche als „Tic“ bezeichnet werden. Es gibt leichte und schwere, lokalisierte und generalisierte Formen derselben. Sie sind bei den Kindern neuropathischer Familien sehr verbreitet. Diese Zustände bringen gewöhnlich eine große Zerstreuung und Unaufmerksamkeit mit sich. Ueberhaupt ist die Zerstreuung eine Folge der Nervosität und gehört zu ihren frühen Merkmalen. Auf dem Grenzgebiete zwischen der sogenannten schlechten Gewohnheit und dem Tic finden wir noch eine Reihe von Störungen, die zumeist schon den neuropathischen Charakter haben, z. B. Nägelkauen, das Haarepflücken, Abzupfen der Haut u. dgl. Als besonders charakteristische Merkmale der Nervosität gelten noch die vasomotorischen Störungen, Neigungen zu Ohnmachten, nervöses Erbrechen, Kopfschmerz und speziell die Migräne, Hyperästhesie der Hopfhaare. Die geschilderten Abnormitäten sollen den Eltern und Erziehern als Warnungssignale dienen, sollen sie veranlassen, den Arzt zu Rate zu ziehen, der nun auf Grund seiner speziellen Sachkenntnis zu entscheiden hat, ob sich in den ihnen als ungewöhnlich auffallenden Erscheinungen die keimende Nervosität offenbart.

In der darauffolgenden lebhaften Debatte, an der sich Prof. Ziehen-Halle, Sanitätsrat Dr. Berkhan-Braunschweig, Prof. Dr. Aschaffenburg, Anstaltsdirektor Trüper-Jena, Dr. Strohmayer u. a. beteiligten, war von besonderem Interesse, was Prof. Ziehen über die Diagnose der Zwangs- und Wahnvorstellungen sagte. Während sich nämlich die Wahnvorstellung ganz mit dem Ich verbindet, fühlt der mit Zwangsvorstellungen Befallene diese als etwas Fremdes in sich und weiß dies auch, wenn er gefragt wird, auszudrücken.

Am Montag sprach zunächst Prof. Dr. Aschaffenburg (Halle) über die Bedeutung der Stimmungsschwankungen bei Epileptikern.

Stimmungsschwankungen kommen natürlich bei jedermann vor und besonders bei Kindern. Es liegt also kein Grund vor, bei jedem leichten Stimmungswechsel bei Kindern nun gleich die ängstliche Frage aufzuwerfen, ob das Kind etwa epileptisch sei. Stimmungsschwankungen können in Nervosität und in verschiedenen anderen Ursachen begründet sein. Die der Epilektiker unterscheiden sich von den anderen dadurch, daß sie auch ohne jeden ersichtlichen Grund eintreten. Mit der Heilung der Epilepsie und ihrer Begleitererscheinungen ist es immer noch schlecht bestellt, doch wird eine richtige Behandlung immerhin vorbeugend wirken können. Darum sind die ersten Anzeichen zu beachten. Die schweren Formen von Stimmungsschwankungen sind bei Epilepsie bezeichnend, obgleich sie auch in Verbindung mit anderen Krankheiten, wie z. B. Hysterie, vorkommen. Am meisten bekannt als Symptom der Epileptiker sind ja die Krampfanfälle, aber sie sind nicht die einzigen. Häufig kommen auch epileptische Schwindelanfälle vor, weiter epileptische Dämmerzustände, in denen die Kranken vollständig besinnungslos toben und die bekannten Gewalttaten

verüben. Die Stimmungsschwankungen bei Epileptikern stehen häufig im Zusammenhang mit Krämpfen oder Dämmerzuständen, treten aber auch allein auf. Launenhaftigkeit, Reizbarkeit u. s. w. gehören alle mit zur Eigenart des Epileptikers, bei dem sie ohne jede ersichtliche Ursache kommen und dann auch ohne Behandlung schwinden. Hierhin gehören auch die eigentümlichen Fälle von Heimweh. Auch die oft vorkommenden Fälle von Fahnenflucht finden hier zum Teil ihre Erklärung. Alkoholenthaltung ist ein wirksames Mittel, diese Zustände leicht zu diagnostizieren.

Zur sicheren Stellung der Diagnose sei bemerkt, daß die Krampferscheinungen als Kennzeichen der Epilepsie erst mit an letzter Stelle stehen, an erster Stelle aber das Auftreten von Verstimmungen zu gelten hat. Es muß daher dringend gewarnt werden, derartige Zustände pädagogisch zu beeinflussen, namentlich durch Strenge, ehe nicht genau festgestellt ist, daß es sich um keinen epileptischen Fall handelt. Von größter Bedeutung ist daher die frühe Diagnose, wobei das Zusammenarbeiten von Ärzten und Lehrern dringend erforderlich ist.

In der Debatte bemerkt Dr. Strohmayr (Jena), daß plötzliche Stimmungsschwankungen allein zur Erkennung der Epilepsie nicht genügen. Ausschlaggebendes Symptom sei immer der epileptische Anfall.

Anstaltsdirektor Trüper (Jena) zeigte an Beispielen, wie außerordentlich wichtig es sei, krankhafte und gesunde Unarten und Stimmungen zu unterscheiden und wie erwünscht es ist, wenn dem ratlosen Lehrer ein sachverständiger Arzt beratend zur Seite stehe. Er wünscht darum, daß die Schulärzte überall auch auf dem Lande eingeführt werden und jeder Kreis mindestens einen Schularzt erhalte, daß die Schulärzte aber auch mehr als bisher sich mit Neuro- und Psychopathologie des Kindes befassen.

Den zweiten Vortrag hielt Anstaltsdirektor Trüper (Jena-Sophienhöhe) „Ueber psychopathische Minderwertigkeiten als Ursachen von Gesetzesverletzungen Jugendlicher.“

Die Frage nach dem richtigen psychopathischen Verständnis der Gesetzesübertretungen Jugendlicher sei keine ganz unbedeutende. 50.000 Kinder und Jugendliche stehen in Deutschland alljährlich vor dem Strafrichter. Außerdem gäbe es noch zahlreiche Verletzungen bedeutsamer Sittengesetze, die nicht Sache des Strafrichters würden. Auch wie diese jugendlichen Übeltäter in der Voruntersuchung vor Gericht und bei Vollstreckung des Urteils behandelt und vielleicht für ihr weiteres Leben beeinflußt werden, sei eine Frage von außerordentlicher Tragweite. Denn diese jugendlichen Missetäter seien keine absterbenden Geisse, sondern werdende Menschen, deren Nachkommenschaft ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen werde. Es handelt sich also um die Frage der sittlichen und indirekt auch um die geistige und körperliche Gesunderhaltung eines großen Teiles unseres Volkes, und der hohe Prozentsatz der Rückfälligen lehre, daß das jetzige System unwirksam sei.

Eine Hauptursache dieser Umstände liege im mangelhaften Verständnis des Unfertigen und des Pathologischen im Kindes- und Jugendalter und dessen sachgemäße Wertung bei allen Maßnahmen. Ueberhaupt sei das allgemeine Verständnis des werdenden Seelenlebens gering. Es dürfe uns das ja auch nicht wundern, denn im Deutschen Reiche gäbe es 23 Millionen Kinder und Jugendliche und nicht einen einzigen Lehrstuhl an allen Universitäten, der den Auftrag habe, sich in erster Linie mit dem Werden der Persönlichkeit dieser 23 Millionen zu beschäftigen.

Redner zeigt dann eingehend an dem Fall Dippold, dem Fall des Studenten Fischer in Eisenach, dem Fall Hüssener in Essen, wie folgeschwer das Unbeobachtlassen der pathologischen Erscheinungen im jugendlichen Seelenleben sei. In der Zeit vom Kindesalter zum Mannesalter schaffen namentlich die Alkoholwirkungen psychopathische Herabminderungen, die oft schwere Gesetzesverletzungen zur Folge haben. 80% aller Gesetzesverletzungen Jugendlicher geschehen seiner Meinung nach unter dem Einflusse des Alkohols.

Bei der Beurteilung der Straftaten Jugendlicher handelte es sich nicht darum, Freisprechung oder mildernde Umstände zu erwirken. Auch der

Abnorme dürfe keineswegs einen Schutzbrief für das Verbrechertum erhalten. Für den Menschenfreund frage es sich aber, ob, wenn rechtzeitig das Minderwertige oder Psychopathische in einem werdenden Menschen erkannt wird, die Gesetzesübertretungen und die Schäden, die dadurch im Volkskörper erwachsen, nicht hätten verhütet werden können, ob es denn gerade immer erst zu Gerichtsverhandlungen kommen müsse, ehe man Schutzmaßnahmen für notwendig halte, ob man den Brunnen immer erst zudecken dürfe, wenn das Kind bereits ertrunken sei.

Größer noch als die Zahl dieser jugendlichen Uebeltäter gegen Leben und Gesundheit sei die Zahl der Eigentumsvergehen Jugendlicher. Sie betrug im Jahre 1901 34.608. Trüper warf nun wieder an der Hand von Beispielen die Frage auf: Wie kommen Mädchen, Knaben und Jünglinge, die nach juristischen Definitionen nicht unzurechnungsfähig und nicht geistesschwach sind und die auch aus Familien stammen, wo gute Erziehung, Bildung und Wohlstand zu Hause ist, so daß keine äußere Not sie zwingt, von der der wissenschaftliche Materialismus behauptet, daß sie alle Verbrechen gegen das Eigentum verschulde, wie kommen sie zu solchen Handlungen?

Er meint, die meisten dieser Kinder seien mit erblicher oder erworbener psychopathischer Herabminderung belastet und die Ueberreizung und Ueberbürdung in Schule und Haus führe sie dahin, daß die vernünftige Ueberlegung gegen die blinden Begehungen zurücktrete, bis dann schließlich ein Eigentumsvergehen den Angehörigen die Augen öffne. Stammen solche Kinder aus gebildeten Kreisen, so kommt man dann schließlich dahinter, daß psychopathische Schädigungen die relative Willensfreiheit beeinträchtigen, ja sie zu einer Art von Zwangshandlungen oder Reflexhandlungen drängen und dann würde manchmal die Gesetzesübertretung der Anlaß zu einer vernünftigeren Erziehung und Heilbehandlung und damit zur vollständigen Rettung der sittlichen Persönlichkeit. Stammen dieselben aber aus ärmeren und ungebildeteren Kreisen, so würde der Nervenarzt nicht konsultiert, sondern andere sorgten für die Ueberweisung an den Strafrichter. Immer wieder sei es wichtig, daß Veränderungen im Seelenleben rechtzeitig erkannt und gewertet werden, sonst steigerten sich dieselben zu direkten Zwangshandlungen, die jede entgegengesetzte Vorstellung und jedes ernste Wollen einfach niederringen. „Das Gute, das ich will, das tue ich nicht, sondern das Böse, das ich nicht will, das tue ich. — Ein anderes Gesetz ist in meinen Gliedern, das da widerstreitet dem Gesetz in meinem Gemüt und nimmt mich gefangen in der Sünde Gesetz.“ So schilderte der Apostel Paulus nach eigener schwerer Erfahrung mit treffenden Worten diesen auch zu Gesetzesübertretungen führenden Seelenzustand.

Man bestraft den Gesetzesverbrecher, weil er eine sittlich rechtliche Schuld auf sich geladen habe, eben die Schuld des Gesetzesbruches. Zweck der Strafe ist die Vergeltung, die Wiederherstellung der gebrochenen Rechtsordnung durch eine dem Maße der Verschuldung adäquate Strafe. So sagt die klassische Strafrechtsschule.

Die moderne Schule, die den Menschen als willensunfrei, im wesentlichen als das Produkt der umgebenden sozialen Verhältnisse darstellt, hält ebenfalls ein Strafrecht für notwendig. Rechtsgrund und Zweck verschieben sich aber. Rechtsgrund ist für sie nicht die Tatsache des Verbrechens, sondern die Person des Verbrechers. Er ist verantwortlich, nicht, weil er schuldig ist, sondern weil seine antisoziale Gesinnung die Gesellschaft gefährdet. Zweck der Strafe ist daher der Schutz der Gesellschaft, die Sicherheit der Gesellschaft gegen antisoziale Existenzen. Die Strafe ist nicht Vergeltungsstrafe, sondern Sicherungsstrafe.

Ueber diesen Punkt sei man eigentlich auch ideell nicht hinausgekommen, und wenn der Zentrumsabgeordnete Dr. Schmitz im Preussischen Abgeordnetenhaus urplötzlich der Vorlage eines Zwangserziehungsgesetzes den Namen eines „Fürsorgegesetzes“ aufgedrückt habe, so sei das eigentlich ein Unikum, wenn auch ein so erfreuliches, daß weitere Kreise zunächst den Namen und hoffentlich damit auch etwas von dem Inhalt akzeptiert haben.

Die psychopathologische Betrachtung des jugendlichen Verbrechertums zwingt uns zu dem Standpunkte überzugehen, daß wir neben oder vor der Strafe aus Vergeltung oder zum Zwecke des Schutzes der Gesellschaft die Verhütung der Gesetzesübertretungen und bei Gesetzesübertretungen die leibliche und seelische Besserung und Rettung ins Auge fassen. Damit stellen wir uns auf den Standpunkt, auf den schon einer vor 1900 Jahren hingewiesen hat, als er durch Wort und Tat ausrief: „Kommt her zu mir alle, die ihr mühselig und beladen seid, ich will Euch nicht strafen und verfluchen, sondern Euch bessern und erquicken.“

Die Debatte drehte sich um folgende vom Redner aufgestellte Leitsätze:

1. Es gibt abnorme Erscheinungen und Zustände im Seelenleben der Jugend, die nicht unter die Rechtsbegriffe „Unzurechnungsfähigkeit“ und „Geistesschwäche“ fallen, die aber doch pathologischer Natur sind und bei manchen zu Gesetzesverletzungen führen, ja unbewußt drängen.

2. Diese Zustände entwickeln sich allmählich aus kleinen Anfängen und können, rechtzeitig erkannt und zweckentsprechend in der Erziehung berücksichtigt, in den meisten Fällen gebessert werden. So können zugleich jugendliche Gesetzesübertretungen verhütet und ihre Zahl wesentlich vermindert werden.

3. Es ist darum im öffentlichen Interesse dringend erwünscht, daß Lehrer, Schulärzte, Seelsorger und Strafrichter sich mehr als bisher dem Studium der Entwicklung der Kindesseele und ihren Eigenarten widmen, um der Entartung des jugendlichen Charakters rechtzeitig vorbeugen zu können. Namentlich ist es erwünscht, daß an den Universitäten in Verbindung mit pädagogischen Seminaren Vorlesungen über Psychologie und Psychiatrie des Jugendalters gehalten werden und daß in den Volksschullehrerseminaren die künftigen Lehrer Anleitung zum Beobachten des kindlichen Seelenlebens erhalten.

4. In allen Schulen ist mehr als bisher der Erziehung des Gefühls- und Willenslebens Rechnung zu tragen und der einseitigen intellektuellen Ueberlastung vorzubeugen.

5. Bevor jugendliche Individuen wegen Gesetzesverletzung öffentlich vor den Strafrichter gestellt werden, sollten sie zunächst einem „Jugendgericht“, bestehend aus dem Lehrer des betreffenden Kindes, dem Leiter der betreffenden Schule, dem Schularzte, dem Geistlichen und dem Vormundschaftsrichter überwiesen werden. Erst auf Beschluß dieses Jugendgerichtes sollten Jugendliche dem öffentlichen Verfahren überwiesen werden.

6. Statt oder neben der Strafe als Sühne oder der bloßen Einsperrung zum Schutze der Gesellschaft gegen die Uebeltäter sollte in besonderen Anstalten, von besonders vorgebildeten Pädagogen unter medizinisch-psychiatrischem Beiräte geleitet, eine für Leib und Seele sorgfältig erwogene Heilerziehung Platz greifen. Die Fürsorgegesetze tragen bisher diesen Anforderungen nicht genügend Rechnung.

In der Besprechung des Vortrages sagte Geheimrat Prof. Dr. v. L i s z t (Charlottenburg), daß er im wesentlichen den Standpunkt des Vorredners teile und er empfehle, die Thesen bis auf die 5. zur Annahme. Dieser These gegenüber habe er das Bedenken, daß damit zurückgegangen werde hinter die bisher fast allgemein angenommene Forderung, daß Schulkinder unter keinen Umständen vor den Strafrichter gestellt werden dürfen. Im übrigen bitte er die Versammlung, die zur Zeit in diesem Sinne im Gange befindliche legislative Bewegung zu unterstützen.

Hauptlehrer K i e l h o r n (Braunschweig) meinte, es gebe unter den jugendlichen Verbrechern viele, die geistig minderwertig seien und stimme in diesem Punkte dem Vortragenden bei. Doch müsse er hervorheben, daß unser gesamtes wirtschaftliches Leben, die schlechte Erziehung, das oft schlechte Vorbild der Erwachsenen dazu angetan ist, jugendliche Verbrecher zu züchten. Wenn hier Wandel geschaffen werden könne, so werde sich in dieser Beziehung manches ändern. Die Schule habe darin eine große

Aufgabe zu erfüllen; sie werde diese aber nur dann lösen können, wenn sie ihr Hauptgewicht darauf lege, den Willen, den Charakter zu bilden und damit das Gebiet des examinierbaren Wissens wesentlich verkleinere. Das gelte ganz besonders für die Erziehung und den Unterricht minderwertiger Individuen.

Tr ü p e r (Jena).

Besprechungen.

A. B. Marfan. *Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter.* Uebersetzt und mit Anmerkungen versehen von Rudolf Fischl. (Leipzig und Wien. Franz Deuticke brosch. M. 12.—, geb. M. 13.50.)

Die zweite Auflage des französischen Originalwerkes ist in dieser Monatsschrift (S. 54) bereits besprochen. Die gute deutsche Uebersetzung, welche von R. Fischl vorliegt, wird nur dazu beitragen, dem beliebten Handbuch weitere Verbreitung zu sichern. Wo die Anschauungen des Uebersetzers oder die bei uns geltenden Anschauungen von denen des Verfassers abweichen, ist dies durch kurze Fußnoten oder Zusätze, die sich ziemlich zahlreich finden, angedeutet.

Keller.

O. Heubner. *Lehrbuch der Kinderheilkunde.* I. Band. Mit 47 Abbildungen im Text und auf einer Tafel. (Leipzig 1903, Joh. Ambr. Barth geh. M. 17.—, geb. M. 19.50.)

Das vorliegende Werk, das als Festschrift zur Eröffnung der neuen Universitätsklinik und -Poliklinik für Kinderkrankheiten erschienen ist, stützt sich auf langjährige Erfahrung und Beobachtung, auf ein „kleines Archiv von Kinderkrankengeschichten“ und ist von langer Zeit her sorgfältig vorbereitet. Gerade dadurch, daß in jedem einzelnen Abschnitte die eigene Erfahrung und Forschung des Verf. zu Tage tritt, wird das Buch für jeden Arzt und Forscher eine Fülle von Anregung bringen, wie die klare Darstellung des tatsächlich Erforschten und die gesunde Kritik gegenüber dem noch Zweifelhafte es zu einem ausgezeichneten Lehrbuch für den Studierenden bestimmt.

Der erste, nach Ansicht des Verf. wichtigere Teil umfaßt außer der Einleitung (Wachstum, Blut, Respirationsorgane, Nervensystem, Verdauungskanal, Ernährung und Stoffwechsel, Urogenitalsystem, Krankengeschichte) die Krankheiten der Neugeborenen und des Säuglingsalters, akute und chronische Infektions- und die Wachstumskrankheiten.

Keller.

W. A. Lay. *Experimentelle Didaktik. Ihre Grundlegung mit besonderer Rücksicht auf Muskelsinn, Wille und Tat.* I. Allgemeiner Teil. (Wiesbaden 1903, Otto Nemnich. Preis geheftet M. 9.—.)

Obwohl es sich streng genommen nicht um ein medizinisches, sondern um ein psychologisch-pädagogisches Buch handelt, sei es hier wenigstens kurz angezeigt. Es enthält auf seinen fast 600 Seiten eine Fülle von Beobachtungen, Literaturangaben und selbständigen Gedanken und beruht in bezug auf Methodik des

Studiums und der Anschauungsweise gänzlich auf modern-naturwissenschaftlichem Denken.

Auf eine — doch nur mangelhaft mögliche — Inhaltsangabe möchte ich verzichten, kann aber das gut geschriebene wertvolle Werk, nachdem ich es selbst mit großem Vergnügen durchgelesen habe, jedem empfehlen, der an dem Thema Interesse nimmt, besonders allen, die als Schulärzte tätig sind.

Thiemich (Breslau).

Alfred Baur. *Das kranke Schulkind.* Anleitung zum physiologisch-psychologischen Beobachten in der Schule. Mit Beiträgen von Koch, Everbusch, Köbel, Schmid-Monnard. II. Auflage. (Stuttgart, 1903. Ferdinand Enke. M. 6.—.)

Dank einer Empfehlung des königlich-preußischen Kultusministeriums ist nach kaum sechsmonatlicher Frist eine Neuauflage des Buches, welches „unter der Lehrerwelt ungeteilten Beifall gefunden“ hat, notwendig geworden. Verf. verfolgt den Zweck, dem Lehrer die notwendigsten anatomischen und physiologischen Kenntnisse des kindlichen Körpers beizubringen, damit er erkennen lernt, wenn ein Kind gesund und wenn es krank ist. Man darf wohl im Zweifel sein, bis zu welchem Grade derartige Kenntnisse „notwendig“ sind. Die Schilderung der Krankheitserscheinungen und der Krankheiten selbst ist zu breit und vieles, z. B. die Abbildungen von Doppelmißbildungen, von Elefantenfuß (S. 48 u. 49) recht überflüssig. Die Farbentafel wird bei der Erkennung der Exantheme oder gar der Mundkrankheiten kaum unterstützen.

Jedenfalls wird manches Lehrbuch der Kinderkrankheiten dem Lehrer, der sich über dies oder jenes orientieren will, dieselben, in vielen Kapiteln bessere Dienste leisten als das vorliegende Werk.

Keller.

C. H. Stratz. *Der Körper des Kindes.* Mit 187 in den Text gedruckten Abbildungen und 2 Tafeln. (Stuttgart 1903, Ferd. Enke.)

Der bekannte Verf. von „Die Schönheit des weiblichen Körpers“, „Die Rasseschönheit des Weibes“ etc. wendet sich jetzt auch dem Kinde zu, und es ist wohl vorauszusehen, daß das Buch besonders unter den Müttern viele Leserinnen finden wird. Die vielen Abbildungen, wohl der Hauptvorzug des Werkes, sind gut, wenn auch da und dort die Auswahl der Modelle nicht glücklich ist.

Keller.

A. Pfeiffer. *Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, begründet von weil. Prof. J. Uffelmann.* Neunzehnter Jahrgang. Bericht über 1901. (Braunschweig, Vieweg & Sohn. M. 12.—.)

Als Supplement der „Deutschen Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ ist soeben der vorliegende Bericht erschienen, dessen frühere Ausgabe, wie der Herausgeber im Vorwort sagt, leider durch unvorhergesehene Hindernisse unmöglich gemacht wurde.

Von dem vorgelegten Materiale dürften den Kinderarzt speziell interessieren: Fruchtbarkeitsverhältnisse, Säuglingssterblich-

keit Seite 29, Sterblichkeit an Infektionskrankheiten Seite 32, Zählung der schwachsinnigen Kinder Seite 49, das umfangreiche Kapitel Infektionskrankheiten Seite 80—301.

Während Schulgesundheitspflege (Seite 315—351) relativ sorgfältig behandelt ist, werden Hygiene des Kindes (Seite 304—315), Milch (Seite 497—504) und Säuglingsernährung (Seite 504, 1½ Seiten) sehr kurz abgetan. Der Säuglingsfürsorge, über welche doch in den letzten Jahren reiche Literatur vorliegt, wird kein besonderer Abschnitt gewidmet.

Wenn schon derartige Berichte nicht in der Lage sind und sein werden, Besprechung neu erschienenen Werke und Arbeiten frühzeitig zu bringen, so müßte man doch, wenn der Bericht erst fast volle zwei Jahre nach Abschluß des Berichtsjahres herausgegeben wird, auf eine Vollständigkeit der Literatur rechnen können. Davon ist aber in einer Reihe von Kapiteln, soweit es Ref. konstatieren kann, keine Rede.

Keller.

INHALT. Originalmitteilungen. *Allaria.* Akute eitrige Thyreoiditis infolge von Varizellen 471. — *W. Freund.* Beobachtungen über die Verbreitungsweise der Masern 475. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Karvonen.* Entwicklung des Präputiums 481. — *Clouatt.* Knochenentwicklung 482. — *Flachs.* Impftechnik 482. — *Borts.* Hydrotherapie 482. — *Kucharzowski.* Einfluß der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut 482. — *Neisser.* Untersuchungsstationen für Diphtherie 483. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.** *Foreau de Courmelles.* Jugendspiele 484. — *Piggott.* Sittliche Entwicklung und Erziehung 484. — *Stadelmann.* Schulen für nervenranke Kinder 485. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Schilling.* Sekretion der Speicheldrüsen 485. — *Wärtz.* Ernährungsphysiologie des Säuglings 485. *Rotch.* Säuglingsernährung 486. — *Perret.* Siegtel. Stillen 487. — *Rothschild.* Stillen und Syphilis 487. — *Zappert und Jolles.* Milchuntersuchungen 487. — *Périer.* Allaitement mixte 489. — *Knoepfelmacher.* Kuhmilch 489. — *Wechsler.* Milchsterilisation 490. — *Rullmann.* Abtötung von Tuberkelbazillen in erhitzter Milch 490. — *Kinner.* Kolloidales Wismutoxyd bei Verdauungsstörungen 490. — *Kerr.* Sommerdiarrhöe 490. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Del Monaco.* Kachektische Aphthen 491. — *Norero.* Angina 491. — *Royster.* Angina Vincentii 491. — *M'Naughton.* Parotitis 491. — *Durante.* Ophthalmia purulenta 491. — *Pasini.* Pemphigus 491. — *Edwards.* Varicella gangraenosa 492. — *Boscolo.* Valenza. Influenza-Pneumonie 492. — *Simonini.* Diplokokkenarthritis 492. — *Haim.* Akuter Gelenksrheumatismus 492. — *Hecker.* Henochsche Purpura 493. — *Moser.* Serumbehandlung bei Scharlach 493. — *Aronheim.* Kopliksche Flecken 493. — *Comby.* Masern 494. — *Riedel.* Gesichtsgeschwüre bei Masern 494. — *Papavasilion.* Diphtherie in Athen 494. — *Nebelthau.* Entstehung der Tuberkulose vom Darm aus 494. — *Guillaume-Louis.* Lungentuberkel 495. — *Friedlander.* Bichat und Goepfert. Tuberkulöse Peritonitis 495. *Haike.* Tuberkulöse Meningitis 495. — *Rist und Salomon.* *Vargas Kokubo.* Angeborene Syphilis 495, 496. —

v. *Düring*. Das Profeta'sche und Colles'sche Gesetz 496. — *Duclaux*. Syphilitische Ulceration 497. — *Neurath*. Veränderungen im Zentralnervensystem bei Keuchhusten 497. — *Mettler*. Syphilis und Chorea 497. — *Röder*. Arsentherapie bei Chorea 497. — *Reinach*. Pollakiurie und Enuresis 498. — *Carrière*. Meningismus auf arthritischer Grundlage 498. — *Arndt* und *Sklarek*. Balkenmangel 499. — *Agotte*. Angeborenes Myxoedem 499. — *De Witt*. Sporadischer Kretinismus 499. — *Thorey*. Augenuntersuchungen bei Epileptischen 500. — *Ricaldoni* und *Lamas*. Landry'sche Paralyse 500. — *Zeidler*. Aetiologie und Symptomatologie der zerebralen Kinderlähmung 500. — *Hirschfeld*. Das urnische Kind 501. — *Mc. Hamil* und *Nicholson*. *Snow*. Infektionen bei Neugeborenen 501. *Wilson*. Respirationsstörungen bei Neugeborenen 501. — *Calabrese*. *Variol*. Angeborene Cyanose 502. — *Kozerski*. Ichthyosis congenita 502. — *Jones*. Thymusvergrößerung 502. — *Poncet* und *Leriche*. Zwergwuchs 502. — *Sarcinelli*. Milz bei Rhachitis 503. — *Boinet* und *Stephan*. Rhachitis tarda 503. — *Klein*. Leukämie 503. — *Stoß*. Barlowsche Krankheit 503. — *Large*. *Floyd*. *Cuvillier*. Adenoide Vegetationen 505. — *Merletti*. Soorbehandlung 505. — *Nizzoli*. Infektiöse Leber 506. — v. *Lallich*. Echinokokken 506. — *Mewborn*. *Tinea* 506. — *Baravalle*. Anchylostomanämie 507. — *Podciechowski*. Trichinosis 507. — *Malagodi*. Pseudotetanus 507. — *Geerligs*. Sklerodermie 507. — *Korybut-Dankiewicz*. Erythema nodosum 508. — *Oberndorfer*. Hydrocephalus und Pigmentbildung 508. — *Fairbanks*. Hydrops 508. — *Caw*. Paroxysmale Haemoglobinurie 509. — *Reinach*. Pyonephrose 509. — *Veau*. Urethralfisteln 509. — *Kurrer*. Dextrocardie 509. — *Holsti*. Aspirationspneumonie 509. — *Peano*. Lungenemphysem 510. — *Brüning*. Vergiftungen 510. *Groß*. Angeborener Mangel der Schlüsselbeine 510. — *Brophy*. Gaumenspalte 510. — *Goldschmidt*. Kommunikation zwischen Speiseröhre und Lunge 511. — *Meyer*. Blasenektomie 511. — *Eisner*. Teratoma sacrale 511. — *Bruner*. Choroisarkom 511. — *Vulpus*. Klumpfuß 512. — *Borchard*. Coxa vara 512. — *Athanassow*. Angeborene Skoliose 513. — *Schoider*. Schulskoliose 513. — *Pipping*. Tracheotomie 514. — *Cuno*. Decanülement 514. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge**. *Moussous*. Isolierung 514. — *Deutsch*. Gratismilch- und Ordinationsanstalten 515. — *Maygrier*. Consultations 515. — *Pütter*. Ziehkinderwesen 515. — *Doll*. Häusliche Pflege bei ansteckenden Krankheiten 516. — *Kluge*. Handbuch für Armenpfleger 516. — *Schiller*. *Schmidt* und *Köhne*. Zwangserziehung und Armenpflege 516. — *Cramer*. *Krukenberg*. Krüppelheime 517. — **Berichte**. Vereinigung niederrheinischer und westfälischer Kinderärzte 517. — Verein für Kinderforschung 518. — **Besprechungen**. *Marfan*. Handbuch der Säuglingsernährung. Uebersetzt von R. Fischl 523. — *Heubner*. Lehrbuch der Kinderheilkunde I. Bd. 523. — *W. A. Lay*. Experimentelle Didaktik 523. — *A. Baur*. Das kranke Schulkind 524. — *Stratz*. Der Körper des Kindes. 524. — *Pfeiffer*. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene 524.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Januar 1904.

Band II. Nr. 10.

Hypoglottisches Oedem aus Diphtherieseruminjektionen.

Von G. Mya in Florenz.

(Bei der Redaktion eingegangen am 20. November 1903.)

In einer Sitzung der Sektion Rom der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde am 1. März d. J. (s. Nr. 4, Band II, dieser Monatsschrift), habe ich zwei von mir in den Jahren 1902 und 1903 beobachtete Fälle mitgeteilt, in denen ich das späte Erscheinen von Larynxstenose einer Wirkung des Diphtherieheiserums zuschreiben zu können glaubte. Meine Schlußfolgerungen waren auf folgende Tatsachen gestützt:

1. Auf das Zusammentreffen dieser speziellen Form von Larynxstenose mit den toxischen Erscheinungen des heterogenen Serums (Fieber, Urtikaria, Gelenkschmerzen, Masern, scharlachartige Exantheme), die in einer heftigeren Form als gewöhnlich auftraten.

2. Auf die Natur der stenotischen Erscheinungen, die evident auf akutes Oedem der Regio subglottica hinwiesen, wie es bei andern Intoxikationen, z. B. Urämie, der Fall ist.

3. Auf die Abwesenheit von spezifischen Infektionskeimen in einem Falle, der kulturell untersucht wurde.

Bald nach meiner Mitteilung erschien eine Arbeit von Sevestre und Aubertin (La Pédiatrie pratique, 15. Mai 1903), in der von ähnlichen Erscheinungen berichtet wurde, die jedoch dem Wiederauftreten von Angina und Kruppsymptomen in der Periode der Nacherscheinungen der Serumtherapie zugeschrieben wurden. Die beiden französischen Autoren sind jedoch über die Deutung der Symptome im Zweifel und wären eher geneigt, sie einer Reinfektion des schon vorher infizierten Gebietes zuzuschreiben.

In einer Versammlung der Sektion Toskana der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 23. Juni d. J., teilte ich einen dritten, sehr überzeugenden Fall mit, und behielt mir zugleich die

Priorität meiner Beobachtungen und meiner Deutung vor, die mir der Wahrheit sehr nahe zu kommen schien.

Nach Veröffentlichung meiner zweiten Mitteilung erfuhr ich von einem neuen Falle, der das Zutreffende meiner Behauptung auf das augenscheinlichste dartut: daß nämlich diese Erscheinungen von Larynxstenose, die gleichzeitig mit den gewöhnlichen Symptomen der Intoxikation aus heterogenem Serum auftreten, die Folgen eines toxischen Oedems der Regio subglottica sind, die wegen ihres anatomischen Baues und besonders wegen der Lockerheit des submukösen Bindegewebes, zur serösen Durchtränkung toxikämischen Ursprunges eminent geeignet ist.

Von den drei von mir vorher mitgeteilten Fällen war dem ersten eine Woche früher eine akute katarrhalische Laryngitis, dem zweiten eine diphtherische Infektion mit pharyngealer und laryngealer Lokalisation und dem dritten eine Angina diphtherica vorausgegangen. In allen drei Fällen hatte also kurz vorher im Larynx und dessen Umgegend ein Infektionsprozeß stattgefunden, der eine Art lokaler Disposition schaffen konnte; und so sehr auch der klinische Verlauf zu Gunsten meiner Deutung sprach, verblieb doch immer ein leiser Verdacht der Existenz eines lokalen Infektionsprodukts, das unseren Forschungsmitteln entgangen wäre. Der Fall dagegen, den ich hier mitteilen will, betrifft einen Knaben, dem das Diphtherieheilserum zu prophylaktischen Zwecken injiziert wurde, ohne daß man das geringste Anzeichen einer infektiösen Lokalisation gehabt hätte, während die Entstehung des hypoglottischen Oedems von einer besondern Anlage des Individuums zu Serumintoxikation begünstigt war.

Es handelt sich um einen siebenjährigen Knaben, der, obwohl gewöhnlich gesund und in normalen Verdauungsverhältnissen, doch, ebenso wie seine Schwester, durch eine bemerkenswerte Magerkeit charakterisiert ist, die beinahe an eine Anomalie des Stoffwechsels aus Mangel oder Ueberfluß irgendeiner, nicht recht bestimmbarer, innern Sekretion denken ließe. Im Jänner 1902 wurde der Knabe, der kurze Zeit in Berührung mit einem Diphtheriekranken gewesen war, aus Vorsicht, mit 500 l.-E. im Institut Pasteur bereiteten Serums immunisiert. Anderthalb Stunden nach Injektion konjunktivale Röte, Tränenfluß, Niesen, bellender Husten und zahllose Urtikariaquaddeln auf der ganzen Hautfläche. Diese Erscheinungen dauern ca. zwei Stunden an. Etwa acht Stunden nach Injektion bemerkenswerte Unruhe, Tränenfluß und Niesen; dann Erbrechen, Diarrhöe, Polyurie und Pollakyurie ungefähr drei Stunden hindurch. Nun beginnen Erscheinungen von Larynxstenose (anhaltender, bellender, trockener Husten), die nach und nach zunehmen, bis sie eine so heftige Dyspnoe provozieren, daß der Vater, ein Arzt, einige Stunden hindurch in der größten Besorgnis schwebt. Die heftigen Laryngealerscheinungen dauerten ca. sechs Stunden und wurden nur durch ausgiebigen Gebrauch von Bromiden und naßwarme Halseinpackungen zum Stillstand gebracht. Mit Abnahme der Laryngealerscheinungen erscheint wieder die Urtikaria, mit breiten, sehr hervorstretenden Quaddeln, die die ganze Hautfläche bedecken und 24 Stunden andauern. Fiebertemperatur bis 40° C im akutesten Stadium. Nach zwei Tagen waren diese Erscheinungen völlig verschwunden. Das Kind hatte schon früher Zeichen einer besondern Idiosynkrasie gegen Toxine infektiösen und alimentären Ursprungs gezeigt. Während der Kuhpockenimpfung hatte es zwölf Tage hindurch an einer schweren Urtikaria zu leiden. Im Alter von zwei Jahren hatte es, nach Verspeisen von zwei oder drei See-

mollusken (*Mitylus*) eine sehr schwere, ebenfalls von sehr heftiger Urtikaria begleitete Intoxikation.

Dieser Fall ist sehr gut dazu geeignet, die Möglichkeit einer flüchtigen Laryngealstenose nachzuweisen infolge der Wirkung des antidiphtherischen Serums, die in der hypoglottischen Gegend ein Oedem, eine Art Urtikaria der Larynxschleimhaut hervorruft in der Zone, welche durch ihre Struktur dazu besonders geneigt ist. Bei einem besonders prädisponierten Individuum veranlaßten wenige Gramm Serum in sehr kurzer Zeit (acht Stunden) das Auftreten von Stenoseerscheinungen von einer gewissen Schwere, das vollkommen unabhängig von jeweils vorausgehenden, begleitenden oder nachfolgenden Infektionsprozessen war. Wir müssen deswegen die Möglichkeit eines Oedems der hypoglottischen Gegend, mit nachfolgender Stenose, als Folge einer toxischen Wirkung des Diphtherieheilserums, für definitiv erwiesen ansehen.

Diese Erkenntnis ist vom praktischen Standpunkte aus sehr wichtig, denn in diesem Falle würde die Wiederholung der Seruminjektionen mit der irrigen vorgefaßten Meinung einer Diphtherieinfektion oder Reinfektion, die Lage des Kranken noch verschlechtern und ihn der Notwendigkeit eines nicht ganz harmlosen chirurgischen Eingriffes aussetzen.

Vom diagnostischen Standpunkte aus ist das gleichzeitige Erscheinen der andern Zeichen von Serumintoxikation in äußerst heftiger Form ein sehr wichtiger Faktor. Meistens vergehen die stenotischen Erscheinungen sehr schnell; aber in andern Fällen, besonders wenn diphtherische Lokalisationen im Kehlkopf selbst vorangehen und daher Produkte der vorausgehenden Krankheit infektiöser Natur zurücklassen, können die infolge der Seruminjektion sekundären Stenoseerscheinungen mit großer Heftigkeit verlaufen, die vorausgehende Infektion wieder wachrufen oder sekundäre Infektionen erzeugen, operative Eingriffe notwendig machen und daher das Leben des Patienten wieder in Gefahr bringen. Um die Möglichkeit eines Einwandes auszuschließen, füge ich kurz hinzu, daß die von mir in diesem wie in den andern Fällen beobachtete Larynxstenose mit dem wahren Laryngospasmus nichts gemein hat.

Ich halte es noch für angezeigt, hinzufügen, daß diese von mir berichteten Erscheinungen sehr selten sind, und wenn auch der Veröffentlichung würdig, doch auf die Passivbilanz der antidiphtherischen Serumtherapie gar keinen Einfluß ausüben.

Ich erwähne zuletzt noch, daß sich die Kenntnis des hypoglottischen Oedems toxischen Ursprunges, die bisher auf den urämischen und serotherapeutischen Ursprung beschränkt war, wahrscheinlich auf andere Gebiete der Pathologie ausdehnen läßt, was ich bei andrer Gelegenheit auszuführen gedenke.

Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.

Ueber Säuglingsernährung mit gelabter Vollmilch. ¹⁾

Von Dr. Therese Oppler.

(Bei der Redaktion eingegangen am 10. Dezember 1903.)

v. Dungern²⁾ empfiehlt, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen, die abgekochte Milch vor der Verabreichung durch Labferment — Peginin — zur Gerinnung zu bringen. Durch die hierbei auftretenden feinen Koagula soll die Kuhmilch der natürlichen Säuglingsnahrung ähnlicher als unbehandelte Kuhmilch sein, denn nach Reagenzglasversuchen, die v. Dungern mit Pröscher gemeinsam angestellt hat, wird die gelabte Kuhmilch — im Gegensatz zur ungelabten — durch Fermente des Kälber-, Ziegen- und Menschenmagens mindestens ebenso schnell verdaut wie Frauenmilch.

Obgleich nun diese Begründung hinfällig erscheint, da die grobflockige Gerinnung nur bei ungekochter und unverdünnter Kuhmilch, die überdies vor jeder Bewegung geschützt werden muß, beobachtet wird, wurde doch an der Breslauer Kinderklinik eine Reihe von Versuchen mit der nach v. Dungerns Vorschläge gelabten Kuhmilch angestellt; man ging dabei jedoch von der Erwägung aus, daß das eingeführte Labenzym im Sinne der Sawjalowschen³⁾ Hypothese wirksam sein könne. Da nach den Untersuchungen von Szydowski⁴⁾ das Labferment im Magen atrophischer Säuglinge entweder in geringeren Mengen gebildet wird als beim gesunden Säugling oder durch Einschluß in feste Kaseinkalkgerinnung seiner Wirksamkeit entzogen wird, erschien der Versuch, eine bessere Ausnützung der Nahrung durch Zufuhr von Labferment — die Richtigkeit der Sawjalowschen Hypothese vorausgesetzt — wohl gerechtfertigt.

Die Ergebnisse, die bisher an verschiedenen Kinderspitälern mit der genannten Nahrung erzielt wurden, beruhen im allgemeinen auf recht kurzer Beobachtungszeit und sind auch nicht übereinstimmend.

Aus dem Ambulatorium zu Straßburg i. E. sind von Siegert⁵⁾ 8, von Langstein⁶⁾ weitere 21 Fälle veröffentlicht worden, in denen bei Anwendung von Peginmilch, die zum Teil verdünnt, zum Teil

¹⁾ Ein ausführlicher Bericht über die Beobachtungen liegt in meiner Dissertation (Breslau 1903) vor.

²⁾ v. Dungern: Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 48.)

³⁾ Sawjalow: Zur Theorie der Eiweißverdauung. (Pflügers Archiv 1901, S. 171.)

⁴⁾ Szydowski: Beitrag zur Kenntnis des Labenzym nach Beobachtungen an Säuglingen. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1892, XXXIV.)

⁵⁾ Siegert: Erfahrungen mit der nach v. Dungern gelabten Vollmilch bei der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings. (Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 29.)

⁶⁾ Langstein: Die Ernährung gesunder und kranker Kinder mit gelabter Kuhmilch. (Jahrbuch d. Kinderheilk., Bd. 55.)

unverdünnt gereicht wurde, meist eine auffallend gute Gewichtszunahme sowie eine Besserung bestehender Magendarmerscheinungen erzielt wurde.

Die Erfahrungen Brünings¹⁾ (aus dem Kinderkrankenhaus zu Leipzig) sind bedeutend schlechter, gestatten aber wegen der kurzen Beobachtungszeit kein Urteil über den Wert der in Rede stehenden Ernährung.

Meine Mitteilungen über die an der Breslauer Kinderklinik angestellten Versuche erstrecken sich nur auf solche Kinder, denen ausschließlich unverdünnte gelabte Kuhmilch ohne Zuckerbeigabe gereicht wurde. Es handelt sich hierbei fast ausnahmslos um kranke Kinder.

Das mir zur Verfügung stehende Beobachtungsmaterial umfaßt im ganzen 222 Fälle. Von diesen wurden 214 poliklinisch, 8 klinisch beobachtet.

Von dem poliklinischen Material sind 66 Fälle nicht zur genaueren Besprechung geeignet, weil 8 von ihnen schon innerhalb der ersten 3 Tage zugrunde gingen und die übrigen nach kurzer Zeit der Beobachtung entzogen wurden.

Danach bleiben 148 poliklinisch beobachtete Fälle übrig, an welchen der Einfluß der Pegninmilchernährung studiert werden konnte.

Von diesen 148 Kindern war in 78 Fällen ein schlechter Erfolg zu verzeichnen. 36 dieser Kinder gingen bei dieser Ernährung innerhalb eines Monats zugrunde, selbst dann, wenn im Anfang eine scheinbare Besserung auftrat. Bei den übrigen Kindern mußte nach kurzer Zeit, um sie zu erhalten, eine Änderung der Ernährung vorgenommen werden.

Diesen 78 Mißerfolgen stehen 70 Beobachtungen gegenüber, in welchen die Pegninmilchernährung länger als 4 Wochen fortgesetzt werden konnte und bei denen vielfach ein Dauerfolg zu erzielen war.

Mit sehr geringen Ausnahmen waren befriedigende Körpergewichtszunahmen zu verzeichnen. Nur in 9 Fällen wurde Obstipation beobachtet.

Von den in Rede stehenden 70 Säuglingen wurde in 26 Fällen die Pegninvollmilch nicht nur längere Zeit hindurch gut vertragen, sondern die Kinder entwickelten sich auch in der Folgezeit bei anderer Ernährung gut.

11 Kinder gaben in der der Pegninmilchernährung folgenden Periode ein unbefriedigendes, 15 ein schlechtes Resultat (6 †), obgleich sie die Pegninmilch anscheinend gut vertrugen.

In 15 Fällen wurden die Kinder in der Nachperiode nicht beobachtet.

3 Kinder starben, nachdem sie mehrere Wochen hindurch Pegninmilch erhalten hatten.

¹⁾ Brünig: Erfahrungen mit der v. Dangerschen gelabten Milch auf der Säuglingsabteilung des Kinderkrankenhauses zu Leipzig. (Kinderarzt 1902, Heft 4 bis 6.)

Was den Allgemeinzustand der Kinder nach mehrwöchentlicher oder mehrmonatlicher Ernährung mit gelabter Vollmilch betrifft, so ist hervorzuheben, daß sich bei der Mehrzahl der Kinder die statischen Funktionen in befriedigender Weise entwickelten. Hingegen wurde bei 10 Kindern im Verlauf der Ernährung auffallend blasse Hautfärbung beobachtet. In 12 Fällen bildeten sich während der Ernährung, in 5 weiteren Fällen kurz nach Abbruch der Ernährung rhachitische Symptome, besonders Kraniotabes, aus.

Endlich wäre noch auf die 8 Kinder einzugehen, welche klinisch mit Pegninmilch ernährt wurden. Unter diesen Fällen befanden sich 2 Neugeborene. Die Resultate waren — ein Fall, der übrigens auch keinen einwandfreien Ernährungserfolg bedeutet, ausgenommen — durchwegs schlecht. Diese Resultate sind umso bemerkenswerter, als an der Klinik eine sichere Durchführung der Ernährung besser gewährleistet war als in den poliklinischen Fällen.

Meine Beobachtungen gestatten eine Aufstellung von Indikationen für und gegen die Ernährung mit gelabter Vollmilch.

Ein Vergleich der Ernährungsergebnisse bei Kindern der verschiedenen Altersstufen ergibt folgende Sterblichkeitsziffern:

Von 19 Kindern im 1. Lebensmonat	starben	15 = 79%
„ 54 „ „ 2. bis 3. Lebensmonat	„	16 = 30%
„ 83 „ jenseits des 3. Monats	„	18 = 22%

Danach ist die Ernährung sehr junger Säuglinge mit gelabter Vollmilch als ein gefährlicher Eingriff zu bezeichnen.

Im Hinblick auf die in der Vorperiode gereichte Kost sind zwei Gruppen von Kindern hervorzuheben.

Die erste Gruppe umfaßt 5 Beobachtungen an Säuglingen, die bereits in der Vorperiode ausschließlich oder fast ausschließlich Vollmilch erhalten hatten. Die Ernährungsversuche mit gelabter Vollmilch führten in diesen Fällen ausnahmslos zu Mißerfolgen.

Im Gegensatz hiezu wurde bei einer zweiten Gruppe von Kindern, die in den letzten Wochen oder Monaten mit Mehl oder Schleim ernährt worden waren, recht befriedigende Resultate erzielt. Unter 19 derartigen Kindern, die erfahrungsgemäß die schwersten Ernährungsfälle darstellen, wurde in 8 Fällen die gelabte Vollmilch gut vertragen. Neben der Beseitigung der akuten Ernährungsstörungen ist in diesen Fällen eine besonders gute Gewichtszunahme, zum Teil auch auffallende Besserung des Allgemeinzustandes zu verzeichnen. Diese Ergebnisse müssen angesichts der Tatsache, daß es schwer hält, Kinder nach längerer Zufuhr von milchfreier Nahrung überhaupt am Leben zu erhalten, als günstig bezeichnet werden.

Ferner ist noch der Einfluß der Pegninmilchernährung auf akute Durchfälle und habituelles Erbrechen der Säuglinge bemerkenswert.

Bei 88 Säuglingen mit akuten Magendarmerscheinungen wurde die gelabte Vollmilch unvermittelt nach eintägiger Teediät, in geeigneten Fällen mit Umgehung der Teediät gereicht. In etwa drei

Sieberteln der Fälle erwies sich diese Handhabung des Vollmilchregimes insofern von zweifellosem Vorteil, als die akuten Erscheinungen nicht nur sistierten, sondern auch den Kindern der Gewichtsverlust erspart wurde, der bei der üblichen Behandlung — Wasserdiet und darauffolgende Minimalernährung — unvermeidlich ist. Doch muß darauf hingewiesen werden, daß die bisherigen Erfahrungen noch nicht eine sichere Auswahl derjenigen akuten Fälle gestatten, die einen einigermaßen zuverlässigen Erfolg jener Maßnahme versprechen.

Höher muß der Einfluß bewertet werden, den die Pegninmilch in Fällen von chronischem Erbrechen zeigte. Unter 12 derartigen, genügend lange fortgesetzten Beobachtungen wurde in 8 Fällen vollständige Heilung, in einem Falle bemerkenswerte Besserung verzeichnet. 2 Kinder zeigten trotz andauernden Erbrechens während mehrmonatlicher Pegninmilchernährung gute Gewichtszunahme bei befriedigendem Allgemeinbefinden.

Diese Erfahrungen berechtigen wohl zu dem Schlusse, daß die Darreichung der gelabten Vollmilch bei chronischem Erbrechen gutes leisten kann.

Nach obigen Ausführungen ergaben sich folgende Gegenindikationen:

1. Erster Lebensmonat.

2. Erkrankungen bei Ueberernährung mit Milch.

Indikationen:

1. Schädigung des Organismus durch ausschließliche Mehl- oder Schleimernährung.

2. Gewisse, noch nicht näher abgegrenzte akute Magendarm-erkrankungen.

3. Habituelles Erbrechen.

Da eine längere Zeit fortgesetzte Verabreichung von gelabter Vollmilch verschiedene Nachteile mit sich zu bringen scheint, so empfiehlt es sich, die Ernährung nicht länger als wenige Wochen beizubehalten.

Die mitgeteilten Ernährungsergebnisse bedürfen noch einer ergänzenden Betrachtung nach der Richtung hin, welcher Anteil an den Resultaten der Vollmilch als solcher zukommt und welche spezifische Wirkung dem beigegeführten Pegnin zuzuschreiben ist. Diese Frage kann zur Zeit nicht endgültig entschieden werden, da keine hinreichenden Untersuchungen über Ernährung mit ungelabter Vollmilch vorliegen.

Die Veröffentlichungen von Oppenheimer¹⁾ und Fitschen²⁾ aus dem Kinderambulatorium zu München, ferner die Untersuchungen von Rissmann und Pritzsche³⁾ an Neugeborenen berechtigen zu

¹⁾ Oppenheimer: Ueber Säuglingsernährung durch unverdünnte Kuhmilch. (Archiv f. Kinderheilk., Bd. XXXI.)

²⁾ Fitschen: Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch. (Ebenda, Bd. XXXVII.)

³⁾ Rissmann und Pritzsche: Ueber Säuglingsernährung. (Ebenda, Bd. XXXIV.)

dem Schlusse, daß die gelabte Vollmilch als Dauerernährung wohl kaum einen Vorzug gegenüber der gewöhnlichen Vollmilch hat. Insbesondere dürften die starken Gewichtszunahmen mit Bestimmtheit auf die Ernährung mit Vollmilch zurückzuführen sein. Andererseits ist anzunehmen, daß die schlechten Ergebnisse bei ganz jungen Kindern nicht dem beigefügten Labferment zur Last gelegt werden dürfen.

Ueber den Einfluß der Vollmilchernährung auf akute und chronische Ernährungsstörungen geben die in der Literatur vorliegenden Arbeiten keinen Aufschluß. Aus einer Reihe an der Breslauer Kinderklinik erzielter Ernährungsergebnisse scheint sich indes die Tatsache zu ergeben, daß Fälle von chronischem Erbrechen sowie gewisse akute Ernährungsstörungen unter Darreichung von gewöhnlicher Vollmilch nicht wesentlich anders verlaufen, als wie es eben von der Pegninmilch berichtet wurde.

Die bisher gewonnenen Erfahrungen lassen es somit höchst fraglich erscheinen, ob dem Labzusatz irgend eine Bedeutung zuzuschreiben sei. Bei weiteren diesbezüglichen Beobachtungen wäre in Betracht zu ziehen, ob nicht das Pegnin beim Uebergang zur Vollmilchernährung in dem Sinne eine Rolle spielt, daß es dem kindlichen Organismus die Anpassung an ein neues, andere Fermente forderndes Nahrungsmittel erleichtert.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

G. Mya. *Sulla natura di alcune forme di febbre protratta, considerate nell'età infantile.* (Ueber die Natur einiger Formen von protrahiertem Fieber im Kindesalter.) (Rivista di Clinica ped. Nr. 11, 1903.)

Eine Arbeit von äußerster Wichtigkeit für den praktischen Arzt, der oft bei der Diagnose und Behandlung sowie bei seinem Verhalten gegenüber der Familie in Verlegenheit ist, wenn es sich bei einem Kinde um andauerndes Fieber ohne sichtbare Ursache handelt.

Die allgemeine Diagnose auf Infektion des Darmkanals ist unter diesen Verhältnissen am meisten gang und gäbe, und die diätetischen und therapeutischen Folgen fallen nur zum Schaden aus. Verf. betont, wie falsch es ist, die Diagnose gastroenterischer Formen auch dann stellen zu wollen, wenn die betreffenden Symptome ganz fehlen, und weist die gefährlichen Folgen in der Praxis nach. (Verfall aus unzureichender Nahrung, unzeitige und häufig schädliche Behandlung, besonders Mißbrauch von Enteroklysmen mit antiseptischen Mitteln, diagnostische Fehler usw.)

Eine andere Diagnose, zu der der Arzt weniger häufig, aber mit wissenschaftlicher Grundlage Zuflucht nimmt, ist die Diagnose

auf angehende Tuberkulose. Bei der geringen Sicherheit der diagnostischen Merkmale („prä tuberkulöse“ Fieberperiode der Franzosen, Gewichtsabnahme, Reaktion auf Tuberkuline, Serumdiagnose mit den homogenen Kulturen von Arloing und Courmont, leukozytäre Formel, Mikropolyadenie, habituelle Indikanurie, Verhalten des Herzens und des Pulses usw.) ist diese Diagnose gewiß eine der schwersten. Höchstens ist die nachgewiesene Möglichkeit des Kontagiums von Bedeutung. Wenn dann auch das asymptotatische Fieber mehr als zwei bis drei Wochen andauert, geht man in den meisten Fällen nicht irre, mit der Diagnose auf Darminfektion auch die äußerst kärgliche und bei latenter Tuberkulose gefährliche Diät beiseite zu schieben. In der Tat, während die kärgliche Diät die Krankheit rasch vorschreiten läßt, bringt reichliche Diät sehr oft die Wohltat, die Erhöhung der Temperatur zu hemmen.

Es existiert ferner noch eine Febris protracta aus permanentem infektiösem Zustande des lymphatischen Pharyngealsystems (Febricula adenoidea). Die Symptome erleichtern hier die Unterscheidung obiger Fälle von den latenten Darminfektionen, nicht aber von den latenten tuberkulösen Formen, da in einer gewissen Anzahl solcher Formen der Tuberkelbazillus vorhanden ist.

Eine andere Ursache liegt in der spontanen Kolizystitis, die man, besonders bei Mädchen, in den ersten zwei Lebensjahren vorfindet.

Die Symptomatologie der Formen septischer und pyämischer Natur ist gewöhnlich reich und vielgestaltig. Zu einem anderen Gegenstande von nur lokaler Bedeutung, dem maltesischen oder mittelmändischen Fieber übergehend, warnt Verf., trotz Existenz einiger Fälle, die Aerzte vor Mißbrauch einer solchen, allerdings bequemen, aber wissenschaftlich bisher nicht feststehenden Diagnose.

Was nun die Febris protracta bei wohlbekannten Infektionsformen (Masern, Influenza, Scharlachfieber, Keuchhusten, Typhus) anbetrifft, so betont Verf.: 1. Die Lokalisierungen im Atmungsapparat, bestehend aus peribronchialen Herden mit langsamer Heilung. 2. Lokalisierungen des Verdauungsapparats, besonders die septischen Gastritiden wenig bekannt, und von Giarré und Verf. nachgewiesen (Sitzung 23. Juni 1903, der Sektion Toskana der päd. Gesellschaft). Diese Gastritiden sind aber bisweilen primär, besonders bei Kindern der besseren Klassen, mit habitueller Eiweißüberernährung. 3. Die sekundären septischen Prozesse. 4. Die sekundäre Tuberkulose.

Betreffs des hysterischen oder nervösen Fiebers glaubt Verf. den Besonderheiten des kindlichen Nervensystems eine große Bedeutung zuschreiben zu müssen, um die Frequenz des Fiebers zu erklären, meint jedoch mit Bruns (Die Hysterie im Kindesalter, 1902) die Eventualität eines wirklichen hysterischen Fiebers bei Kindern vom praktischen Standpunkte aus vernachlässigen zu können.

Dotti (Florenz).

Cl. v. Pirquet und Béla Schick. *Zur Theorie der Inkubationszeit.*
(Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45, 1903.)

Die biologischen Folgen nach Injektion artfremden Serums, die Entstehung von Präzipitinen treten beim Menschen in einem klinischen Symptomenkomplex (Fieber, Exantheme, Gelenksschmerzen, Oedeme, Albuminurie, Drüenschwellung) zutage, den man als „Serumkrankheit“ bezeichnen kann. Diese läßt eine Gesetzmäßigkeit der Inkubationszeit erkennen, die grundverschieden ist von der Zeit der maximalen Menge der pathogenen Substanz. Die Inkubationszeit der Serumkrankheit ist regelmäßig bei der Reinjektion bedeutend kürzer als bei der ersten Injektion. Während bei der ersten Injektion die Krankheitserscheinungen nie früher als nach sechs Tagen, meist nach sieben bis elf Tagen auftreten, erschien bei Reinjizierten die Reaktion hauptsächlich in 24 Stunden oder nach fünf Tagen.

Die Antikörperbildung befolgt genau dieselben Gesetze wie die Serumkrankheit: in beiden Fällen der kritische Eintritt nach längerer Inkubationszeit, in beiden Fällen Abkürzung der Inkubationszeit nach der Reinjektion. Zur Erklärung dieses Verhaltens ist anzunehmen, daß das fremde Serum nicht unmittelbar auf den Organismus wirkt; die Krankheit zeigt sich erst, wenn eine durch antikörperartige Reaktionsprodukte des betreffenden Organismus bewirkte Veränderung des artfremden Serums einen gewissen Grad erreicht hat. Nach der ersten Injektion ist die Fähigkeit im Organismus zurückgeblieben, rascher solche Reaktionsprodukte nachzubilden. (Beschleunigte Reaktionsfähigkeit.)

Diese Auffassung läßt sich leicht auch auf andere Krankheiten übertragen, so auf die Vakzination und auf die Tuberkulinreaktion. So erfolgt bei der Revakzination der Eintritt der spezifischen Erscheinungen durchwegs früher als bei der Vakzination. Der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion ist für eine schon vorhergegangene Infektion mit Tuberkulose beweisend. (Siehe Ref. Seite 239 dieser Monatsschr.)

Neurath (Wien).

Kober. *The transmission of bovine-tuberculosis by milk etc. (Die Uebertragung der Rindertuberkulose durch die Milch.)* (Amer. Journ. Med. Sciences, Oktober, 1903.)

Verf. gibt ein Resümee der Beweise für resp. gegen die Möglichkeit der Uebertragung der Rindertuberkulose auf den Menschen, mit umständlicher Angabe der neueren Literatur und schließt sich dabei der ersteren Ansicht an. 86 Fälle von tuberkulöser Darminfektion durch Milch und eine große Reihe von äußeren Infektionen durch Milch resp. von perlsüchtigem Vieh sind gesammelt, aber leider nicht genauer diskutiert. Wachenheim (New-York).

M. Flamini. *Contributo allo studio citologico del liquido cefalo-rachidiano, in alcune malattie dei bambini. (Beitrag zur zytologischen Erforschung der zerebrospinalen Flüssigkeit bei einigen Kinderkrankheiten.)* (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. 6, 1903.)

Verf. berichtet über Krankengeschichten von 32 Fällen bei Kindern verschiedenen Alters und zieht aus der Erforschung der *intra vitam* durch Lumbalpunktion gewonnenen zerebrospinalen Flüssigkeit folgende Schlüsse:

1. Wenn Reiz der Hirnhäute besteht, findet man Leukozyten in schätzbarer Menge vor. In normaler Flüssigkeit, in Fällen von Meningismus und bei Nervenkrankheiten ohne Hirnhautreiz (Chorea, Tetanie, Little'sche Krankheit), begegnet man Formelementen in sehr spärlicher Anzahl.

2. Bei tuberkulöser Meningitis wiegen allgemein Lymphozyten vor; es fehlen jedoch nicht Fälle, wo polynukleäre Fälle vorwiegen.

3. In Fällen von Meningitis mit Befund von Koch'schem Bazillus in der zerebrospinalen Flüssigkeit wiegen polynukleäre Formen vor.

4. Tuberkelbazillen üben eine vorwiegend positive chemotaktische Wirkung auf große (mono- und polynukleäre) Leukozyten aus, Toxine dagegen vorwiegend auf Lymphozyten.

5. Auf Grund von Punkt 4 kann man also zwei Kategorien von meningitischen Prozessen unterscheiden: durch toxische Substanzen verschiedener Art bedingte und solche, die durch Tätigkeit von Keimen bedingt sind. Die Zytodiagnose verliert also sehr viel von der Bedeutung, die man ihr bisher in der Unterscheidung der tuberkulösen Meningitis von der durch andere infektiöse Keime erzeugten zuschrieb.

Dotti (Florenz).

R. Jemma. *Sopra un nuovo mezzo di ricerca del bacillo tubercolare nel liquido cefalorachidiano. (Ueber ein neues Mittel zur Erforschung des Tuberkelbazillus in der zerebrospinalen Flüssigkeit.)* (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. 6, 1903.)

Verf. berichtet über Resultate der in drei Fällen von tuberkulöser Meningitis (bei zwei Knaben und einem Erwachsenen) angestellten Forschungen. Die von ihm erprobte Untersuchungsmethode ist die von Nattan-Larrier und Griffon vorgeschlagene, die in Einimpfung der Flüssigkeit durch die *Via mammaria* des Meerschweinchens besteht, während dieselbe bis dahin gewöhnlich auf peritonealem Wege angestellt wurde. Sind mit letzterer Methode zur Feststellung der Diagnose im allgemeinen vier Wochen oder auch mehr notwendig, so genügen bei der Methode durch die *Via mammaria* sechs bis acht Tage, nach welchen der Koch'sche Bazillus in der Mammassekretion nachweisbar ist. Man muß jedoch seit zwei oder drei Tagen entbundene Meerschweinchen zur Verfügung haben.

Dotti (Florenz).

A. Longo. *Sulla morfologia del bacillo di Loeffler in rapporto alla prognosi delle forme difteriche. (Ueber die Morphologie des Loeffler'schen Bazillus mit Bezug auf die Prognose der diphtherischen Formen.)* (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. 7, 1903.)

Verf. berichtet über Krankengeschichte und Untersuchung eines Diphtheriefalles und trägt dadurch, mit den schon erschienenen

Arbeiten Concettis, dazu bei, die Ansichten Martins (Examen clinique et bacteriologique de 200 enfants entrés au pavillon de la diphtérie, 1892) über das Verhältnis zwischen Schwere der Infektion und Dimensionen des Diphtheriebazillus als falsch nachzuweisen. Im Falle des Verfassers zeigten die Bazillen, obwohl große Formen und Keulformen vorwiegten, eine sehr schwache Virulenz.

Dotti (Florenz).

J. Westcott. (W. Wynn.) *Erstickungstod der Kinder durch Erdrücken.* (Brit. Med. Journ., 7. Nov. 1903, S. 1209.)

Verf. ist in seiner Stellung als Totenbeschauer in einem Bezirke Londons zu der betrübenden Wahrnehmung gelangt, daß eine große Zahl von Kindern durch das Zusammenschlafen mit den Eltern zugrunde geht. Während der letzten zehn Jahre betrug die Zahl solcher Todesfälle in England und Wales 15.000, in Liverpool kam in einem Jahre auf sieben Todesfälle mehr als einer infolge von Erstickung im Bette. Diese Todesziffer verringert sich mit zunehmendem Lebensalter der Kinder, bei einjährigen Kindern ist die Gefahr schon verschwindend klein. Unzweifelhaft ist eine Anzahl solcher Todesfälle durch derartige Vernachlässigung der Obsorge oder sträflichen Leichtsinns der Eltern verschuldet, daß dieselben wegen Totschlag in Untersuchung gezogen werden sollten. Es wurde auch behauptet, daß manche liederlichen und verbrecherischen Eltern die Erstickung der Kinder sogar begünstigt hätten, um in den Besitz der Lebensversicherungssumme zu gelangen. Verf. ist der Meinung, daß die Mehrzahl der Todesfälle wirklich zufällig ist, und solche Fälle werden sich so lange häufen, als sich die Sitte in England erhält, daß Eltern Kinder unter einem Jahr während der Nacht in ihr Bett nehmen. Es haben sich Fälle ereignet, wo die Eltern von bestem Charakter waren und Beweise der Sorgfalt für ihre Kinder gegeben haben. Die einzige Abwehr kann nach Verf. Meinung dadurch gewährleistet werden, daß die Eltern durch gesetzliche Verordnung genötigt werden, Wiegen anzuschaffen, auch befürwortet er, daß in Fällen, wo der Erstickungstod infolge von Sorglosigkeit und sträflicher Vernachlässigung der einfachsten Vorsichtsmaßregeln zustandekam, der Staatsanwalt ermächtigt würde, wie in Deutschland, die Anklage wegen fahrlässiger Tötung zu erheben. Würden diese fahrlässigen Erstickungsfälle als Verbrechen angesehen, gegen welche die Behörden einschreiten und selbst eine kurzdauernde Gefängnisstrafe auferlegen dürften, so wäre zweifellos bald eine Abnahme solcher Todesfälle zu gewärtigen.

Melland (Manchester).

M. François. *Caractères et élevage des prématurés.* (Thèse de Paris 1903, J. Roussel.)

An der Hand der Literatur und eigener Krankengeschichten bespricht Verf. die Eigenart der Frühgeborenen im Stoffwechsel, Wachstum und Funktion einzelner Organe, die Verhältnisse der Temperatur, Gefahr der Abkühlung, Ernährung (für die ersten Tage

wird zum Ersatz der notwendigen Frauenmilch Eselinmilch besonders empfohlen) und Krankheitszustände.

Bei Vermeidung von Ernährungsstörungen, Abkühlung und infektiösen Prozessen sind die Erfolge nicht schlecht; aus der Klinik Tarnier werden 81% der Frühgeborenen in gutem Ernährungszustande entlassen. Die Prognose ist am günstigsten, wenn die Eltern der Kinder selbst gesund sind.

Keller.

Stewart. *Some dangers of the hot-water-bottle as applied to the new-born.* (Gefahren der Anwendung von Heißwasserflaschen bei Neugeborenen.) (Med. Record, 8. August 1903.)

St. befaßt sich mit den Sekundärscheinungen (Konvulsionen, Hirnblutungen usw.), die bei Neugeborenen besonders leicht auf schwere Verbrennungen folgen können.

Wachenheim (New-York.)

Hesse. *Impfschutzverband.* (Hygienische Rundschau, XIII. Jahrgang, Nr. 13.)

Hesse empfiehlt einen von Seibers angegebenen Verband, der aus zwei zu einem Stücke vereinigten, zentral durchlochten, ovalen Filzplatten besteht, zwischen denen ein hutförmiges Stück weitmaschiges Drahtnetz befestigt ist. Der Verband, dessen Unterfläche mit Kautschukpflaster bestrichen ist, wird so auf den Arm des geimpften Kindes geklebt, daß die Pusteln unter das Drahtnetz in die Durchlochung der Filze zu liegen kommen.

Ref. hält es mit dem vom Verf. angeführten Satze aus den für Preußen erlassenen Ausführungsbestimmungen zum Impfgesetz: Die Anlegung eines Verbandes auf die Impfstelle ist nicht notwendig. Mag man über die Zweckmäßigkeit solcher Verbände denken, wie man will, jedenfalls ist es nicht ratsam, um eines solchen Verbandes willen, wie Verf. empfiehlt, die Impfschnitte bis auf 1 cm aneinander zu legen. Diese Entfernung genügt entschieden nicht, um ein Konfluieren der Pusteln zu verhindern. Die vom Verf. für unnötig erklärte, in Sachsen geltende Bestimmung, daß die Entfernung zwischen den Impfschnitten wenigstens 2 cm zu betragen habe, stellt daher eine wohl erwogene Maßregel dar und man wird gut tun, an ihr festzuhalten.

Hohlfeld (Leipzig).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Foveau de Courmelles. *Le congrès des médecins et des familles.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 22.)

Auszugsweiser Bericht über die verhandelten Themata; ausführlichere Mitteilungen aus dem Gebiete der Schulgesundheitspflege.

Brüning (Leipzig).

Caillé. *The prophylactic use of diphtheria antitoxin in school children.* (Die prophylaktische Anwendung des Diphtherieheilserums bei Schulkindern.) (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Verf. hat bei einer Reihe von Schulkindern Diphtherieimmunisation ausgeführt, ca. zweimal im Verlauf des Schuljahres. Keines der Kinder

akquirierte Diphtherie; Verf. möchte jedoch daraus keine weiten Schlüsse ziehen und das Verfahren bloß als ratsam vorschlagen, da Gelegenheit zur Ansteckung in den Schulen der Großstädte nie fehlt.

W a c h e n h e i m (New-York).

Ernährung und Stoffwechsel.

M. Perret. *Quantités de lait que doivent prendre au sein de leur mère les nouveau-nés à terme.* (L'obstétrique, VIII. Band, 1903, Seite 435.)

Die neugeborenen Kinder erhalten in der Klinik Tarnier (Prof. Budin) am ersten Lebenstage keine Nahrung, vom zweiten Tage an werden sie zu bestimmten fixierten Stunden achtmal im Tag (7, 9, 11, 1, 3, 5, 7, 10 Uhr) und zweimal in der Nacht (1 und 4 Uhr) angelegt. Sind die Stunden einmal bestimmt, werden sie mit größter Regelmäßigkeit innegehalten; allem Anscheine nach, wenn es auch nicht direkt ausgesprochen ist, werden also die Kinder aus dem Schlafe geweckt.

Verf. hat bei einer großen Zahl reifgeborener Kinder mit einem Anfangsgewichte von ungefähr 3000 g bei jedem Anlegen die getrunkene Nahrungsmenge gewogen, wählt aus diesen Beobachtungen diejenigen Kinder aus, deren Körpergewichtskurve normal ist und welche keine Ernährungsstörungen gezeigt haben. Von diesen 45 Kindern teilt er in Tabellenform die Ergebnisse der Nahrungsmengenbestimmung bis zum zehnten Lebenstage mit. Daraus ergeben sich für ausgetragene Brustkinder folgende Mittelzahlen für die Nahrungsmengen:

am	2. Tage	160 g
"	3. "	285 g
"	4. "	360 g
"	5. "	430 g
"	6. "	470 g
"	7. "	490 g
"	8. "	500 g
"	9. "	515 g
"	10. "	540 g

Die Zahlen steigen schnell an und sind infolge der großen Zahl der Mahlzeiten ungewöhnlich hoch schon in den ersten Tagen.

K e l l e r.

R. Mesnil. *Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant.* (Thèse de Paris 1903, J. B. Baillière et fils.)

Klinische Erörterungen und Beobachtungen über Stillen, Hindernisse von seiten des Kindes, von seiten der Mutter, Agalaktie und Hypogalaktie, soziale Verhältnisse, durch welche die Mütter abgehalten werden vom Selbststillen. Im zweiten Teile wird eine die

Jahre 1900, 1902 und die drei ersten Monate 1903 umfassende Statistik aus der Klinik Tarnier (Prof. Budin) vorgelegt, aus der hervorgeht:

Von 3069 in der Klinik entbundenen Frauen hatten bei der Entlassung am 10. bis 15. Tage nach der Entbindung

2647 = 86,2% für ihr Kind genügende Milchsekretion

291 = 9,4% für ihr Kind ungenügende Milchsekretion

133 = 4,2% keine Milchsekretion.

Im dritten Teile der Arbeit bespricht Verf. die ärztlichen und vor allem die sozialen Maßnahmen, welche die Mütter in Stand setzen, ihre Kinder selbst zu stillen. Keller.

Holger Prip. *Versuche mit Organotherapie bei Hypogalaktie.* (Hospitalstidende 4 R., Bd. XI, Nr. 28, 1903, S. 725. Kopenhagen.)

Verf. erwähnt die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen und erinnert an die Theorien Bollingers und Altmanns, wonach eine durch Vererbung fixierte Inaktivitätsatrophie der weiblichen Brustdrüsen hiebei eine ätiologische Rolle spielen sollte. Ebenso erwähnt Verf. die interessanten Untersuchungen von v. Bunge.

Nach einer kurzen Besprechung der gewöhnlichen Symptome der Hypogalaktie bespricht Verf. kurz die allgemeine Behandlung derselben: häufigeres Stillen und reichliche, besonders stickstoffhaltige Kost. Während das erste Moment, das häufige Anlegen des Kindes, sich nicht unschwer durchführen läßt, bietet das zweite Moment, eine Verbesserung der Nahrung der Mutter, bei armen Leuten große Schwierigkeiten.

Verf. versuchte dann, der stillenden Mutter Kuheuter zu geben, entweder gekochtes, geräuchertes oder mit Mehlspeisen geschmortes Euter, wovon die Mutter täglich eine, zwei oder drei Portionen genoß. Verf. teilt fünf Krankengeschichten mit, nach welchen es scheint, als hätte die Darreichung von Kuheuter eine anregende Wirkung auf die verminderte Milchsekretion. Die Mamma der stillenden Mutter wurde gefüllt und gespannt, die Milchsekretion steigerte sich und das Kind, das vorher immer hungrig war und an Gewicht verlor, erholte sich bald, wurde ruhig und fing an, an Gewicht zuzunehmen. In einem Falle war die Behandlung ganz wirkungslos.

Interessant ist es, daß die Eutertherapie in den Fällen, wo die Großmütter selbst haben stillen können, stets wirksam war, während dies nicht der Fall war, wo die Großmutter auch die Stillfähigkeit verloren hatte — stimmt also mit den Untersuchungen Altmann-Bunges überein.

Monrad (Kopenhagen).

Kerley, Gieschen and Myers. *Some comparative examinations of breast-milk and cow's milk etc.* (Vergleichsuntersuchungen von Frauenmilch und Kuhmilch usw.) (Med. Record, 8. August 1903.)

Das Hauptgewicht wird auf die Frage der Alkalinität gelegt. Erstens sind beide Milcharten sauer(?); es ist daher nicht von Belang, daß der Zusatz von Kalkwasser u. dgl. die Reaktion der Kuhmilch umstellt, der Wert dieses Verfahrens besteht in dem Einflusse der Alkalien auf die Gerinnung der Milch, indem diese verzögert und die Bildung großklumpiger Gerinsel verhindert wird.

Wachenheim (New-York).

R. de Rothschild. *Traitement de la gastro-entérite par le lait écrémé acidifié.* (Rev. d'hyg. et de méd. infantiles, 1903, Bd. II, Seite 484.)

Auf Grund der Untersuchungen von Metschnikoff, Tissier und Martelly, Tissier und Gasching — von der großen Buttermilchliteratur wird nichts erwähnt — versuchte Verf. in seiner Poliklinik bei magendarmkranken Säuglingen Buttermilchernährung (frische, durch Zentrifuge abgerahmte Milch, durch Milchsäurebakterien-Reinkultur gesäuert, dann pasteurisiert).

Daß ein Material von 12 Fällen, noch dazu kurze Zeit beobachteten, welches Verf. der Académie de médecine am 13. Oktober 1903 vorgelegt hat, zur Entscheidung der Frage, was die Buttermilchernährung leistet, nicht ausreicht, braucht kaum gesagt zu werden. Wir dürfen also auch von dieser Seite große Versuchsreihen, langdauernde Beobachtungen mit Vorgeschichte und ausführliche Krankengeschichten abwarten. Keller.

West. *Congenital gastric spasm.* (Angeborener Magenkrampf.) (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Bei einem neugeborenen Kinde bestand unstillbares Erbrechen, hartnäckigste Obstipation, Abdominalschmerz, hie und da sichtbare Peristaltik im Epigastrium. Exit. let. am 32. Tage. Bei der Sektion ergab sich eine kongenitale hypertrophische Pylorusstenose. Wachenheim (New-York).

Ch. Coulon. *De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourrisson.* (Thèse de Paris 1903, C. Naud.)

Verf. führt 28 (darunter 12 bisher nicht publizierte) Fälle an, in welchen jene zuerst von Budin und dann von Durante beobachtete Erscheinung, daß in den letzten Tagen vor dem Tode beim Säugling häufig eine Gewichtszunahme eintritt, konstatiert wurde. Eine stichhaltige Erklärung dieser Zunahme, welche von den einen mit der Verminderung der Ausscheidungen bei gleichbleibender Nahrungszufuhr in Zusammenhang gebracht, von den anderen als Folge der durch den Krankheitsprozeß (Pneumonie, Tuberkulose, Syphilis) bedingten Gewichtszunahme einzelner Organe aufgefaßt wird, liegt bisher nicht vor. Keller.

Edmund Jensen. *Zur Xerophthalmie der Säuglinge.* (Hospitalstidende 4 R., Bd. XI, Nr. 29, S. 749.)

Die Xerophthalmie tritt niemals bei gesunden Kindern auf, nur bei solchen, deren Ernährungszustand sehr schlecht ist: die befallenen Kinder sind am häufigsten zwischen drei und neun Monate alt. Wichtig ist es, zu erinnern, daß Kinder mit Atrophia infantilis niemals die Krankheit bekommen (? Ref.); man findet die Xerophthalmie nur bei solchen Kindern, die sich durch unzulängliche Nahrungszufuhr in einem akuten Inanitionszustand befinden.

Im ersten Stadium der Krankheit ist nur die Conjunctiva bulbi angegriffen; sie ist violett, mit einer fettigen Substanz überzogen, die das Wasser nicht annimmt, weshalb die Tränen die Oberfläche zu feuchten nicht vermögen.

Im zweiten Stadium ist die Kornea auch befallen, entweder diffus unklar oder an zirkumskripten Stellen nekrotisiert. Die Keratomalazie, die mehr oder weniger ausgebreitet ist, ist immer von einer Xerosis conjunctivae begleitet, während diese auch ohne jene vorkommen kann. Die Xerophthalmie beginnt somit stets in der Konjunktiva.

Die Behandlung geht in erster Linie darauf aus, den Kindern reichlich Milch zu geben, ohne den vorhandenen Digestionsstörungen zuviel Aufmerksamkeit zu schenken (Verf. ist Ophthalmolog, nicht aber Kinderarzt. Ref.). Aus den neun Krankengeschichten, die Verf. anführt, geht hervor, daß selbst kleine Kinder 1 bis 2 Liter Milch täglich bekommen haben, und gleichzeitig mit der Zunahme des Gewichtes ist auch die Xerophthalmie zurückgegangen. Die generelle Behandlung spielt nach Verf. die Hauptrolle, die lokale ist minder wichtig; doch wird eine Okklusion des kranken Auges empfohlen, eventuell ein wenig Vaseline in die Konjunktiva gebracht. Die Xerophthalmie ist eine *Ophthalmia ex inanitione* und wird durch hinlängliche Nahrungszufuhr am besten verhütet.

Monrad (Kopenhagen).

G. Finizio. *Alcune ricerche sul ricambio materiale di un fanciullo polisarcico.* (Untersuchungen über Stoffwechsel bei Adipositas.) (La pediatria Nr. 7, 1903.)

Achtjähriger Knabe, Gewicht 38 kg, Höhe 1 m. Krankheit begann mit dem zweiten Lebensjahre ohne jede erkennbare Ursache. Aus den zahlreichen Forschungen und vorgelegten Tafeln ergibt sich eine interessante Arbeit, umsomehr, als bei Kindern derartige so vollkommen erforschte Fälle nicht sehr zahlreich vorliegen. Die Literatur der Fälle im Kindesalter ist ausführlich behandelt.

Doti (Florenz).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Rühle. *Zur Entstehungsweise und Prognose der Entbindungslähmung.* (Hegars Beiträge, 8. Bd., 1. Heft.)

Erbsche Lähmung des linken Armes bei einem Riesenkinde von 5670 g Gewicht und 57.5 cm Länge. II. Schädelage. Mühelose Entwicklung des Kopfes mit der Zange. Außerordentliche Schwierigkeiten bei der Exaktion der Schultern (Schulterumfang 48.7 cm). Der Kopf mußte stark nach unten und hinten flektiert werden, um die vordere linke Schulter zum Tiefertreten zu bringen. Infolgedessen wahrscheinlich eine Zerrung des linken Plexus, welche zur Lähmung führte. Völlige Heilung bei fünf Monate langer, täglicher galvanischer Behandlung, deren Erfolge Verf. wohl weniger optimistisch beurteilen wird, wenn er wie Ref. Fälle gesehen haben wird, welche dieser Behandlung so gut wie unzugänglich sind.

Hohlfeld (Leipzig).

G. Berghinz. *Studio anatomico di un morbo di Little.* (Anatomische Studie über Little'sche Krankheit.) (Rivista di Clinica pediatrica, fasc. 6, 1903.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines von Little'scher Krankheit befallenen zweijährigen Mädchens, stellt anatomische Untersuchungen über verschiedene Segmente des Zentralnervensystems mit allen hauptsächlichsten Färbungsmethoden an und weist durch die Ergebnisse dieser Studien die Abwesenheit jeder systematischen oder zellulären, herdförmigen Veränderung, sowie jeder Abnormität der Struktur und der histologischen, wenn auch nicht der physiologischen Entwicklung des Zentralnervensystems nach. Verf. stellt seinen Fall den von Mya und Levi (*Studio clinico ed anatomico relativo ad un caso di diplegia-spastica congenita*, Firenze 1903) erhaltenen Resultaten entgegen, obwohl er in jedem Stadium seiner Untersuchung die von diesen Autoren angewendete Forschungsmethode befolgt hat, und erklärt ihre Befunde von Aplasie des motorischen kortikospinalen Systems als Komplikations- und Nebenkrankungen.

Es scheint schwer möglich, daß derartige Aplasien als Nebenerscheinungen betrachtet werden können. Zudem wird aus der vom Verf. in der Arbeit reproduzierten Figur des Durchschnittes des Zervikalrückenmarkes eine Reduktion des direkten wie des gekreuzten pyramidalen Bündels ersichtlich. Dotti (Florenz).

G. Silva. *Studio critico sulle indicazioni della rachidocentesi. (Kritische Studie über die Indikationen der Lumbalpunktion.)* (La Pediatria, Nr. 7, 1903.)

Diese Studie ist die Frucht einer reichen Erfahrung über Lumbalpunktion in der Klinik von Padua. Verf. hält die Lumbalpunktion für gestattet in allen Fällen von Hypertension der zerebrospinalen Flüssigkeit. Dotti (Florenz).

J. Preindlsberger. *Ueber epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase.* (Aus dem Landesspital in Sarajewo.) (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 46, S. 2153.)

In den sechs Fällen von Enuresis nocturna, in denen Preindlsberger die Methode Cathelins der epiduralen Injektionen (die genauere Technik vergl. im Original) zur Anwendung brachte, hatte er einmal einen Mißerfolg, einmal eine nicht sicher kontrollierbare Besserung erzielt. Beidemal handelte es sich aber um sehr ungeberdige Kinder, die schließlich entlassen werden mußten. In den vier übrigen Fällen hingegen kann einwandfrei von einem vollen Erfolge gesprochen werden. Es kann daher die Methode der epiduralen Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung in der Behandlung der Enuresis unsommt empfohlen werden, als die Methode bei aseptischen Kautelen gefahrlos ist.

Kasuistik im Original.

Unger (Wien).

F. v. Friedländer. *Ein Fall von Cephalohydrocele traumatica.* (Aus dem k. k. Wilhelminen-Kinderspital in Wien.) (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 48, Seite 2257.)

Der Autor hatte Gelegenheit, einen Fall dieser immerhin seltenen Erkrankung zu beobachten, zu operieren und post mortem genau zu untersuchen. Es handelte sich um ein ein Jahr altes, anämisches, atrophisches und rhachitisches (Rosenkranz) Kind (Körperlänge 63, Gewicht 5 kg) ohne hereditäre Belastung. Drei Wochen nach der spontanen Geburt Er-

krankung an Furunkulose, die mehrere Wochen anhielt. An der Stelle, wo jetzt der Tumor sitzt, befand sich ein besonders großer Furunkel.

Nach einem Trauma, welches zu ausgedehnter Zertrümmerung beider Scheitelbeine geführt hat, bildet sich unter geringen zephalischen Erscheinungen (Unruhe, Erbrechen) ein Tumor an der linken Scheitelgegend, der in der dritten Woche nach dem Unfalle rascher zu wachsen beginnt, während gleichzeitig schwere, mit Unterbrechungen drei Tage anhaltende Krämpfe auftreten. Drei Wochen nach dem Einsetzen der ersten Symptome ist ein mannsfaustgroßer, fluktuierender, pulsierender, diaphaner Tumor gebildet, dessen Basis von einem hohen, zum Teile neugebildeten Knochenwall umgeben ist. Der zystische Tumor kommuniziert durch eine breite Knochenlücke mit dem Schädelinnern.

Die Details der Operation vergl. im Original. 17 Tage p. op. Exitus. Die anatomische Untersuchung des vorliegenden Falles führt den Autor zu folgender Auffassung über die Entstehung der Cephalohydrocele traumatica:

Durch ein Trauma wird eine Schädelfraktur mit Einreißen der Dura und Ablösung des Periostes vom Knochen erzeugt. Der ausfließende Liquor cerebrospinalis erhält die Abhebung des Periostes vom Knochen, welcher, durch die gleichzeitige Verletzung der Dura in seiner Ernährung gestört, der Resorption, vorzugsweise an seiner Außenseite, anheimfällt. Der dauernde Ausfluß des Liquor wird durch Interposition eines Duralappens und durch primäres Klaffen der Fraktur ermöglicht. Der ursprünglich aus dem Periost allein bestehende Zystensack verdichtet sich durch Bindegewebsneubildung an seiner Innenfläche, welche Bildung wohl meist unter leichten Entzündungserscheinungen abläuft, für deren Bestehen der relativ hohe Eiweißgehalt des im Sacke befindlichen Liquors spricht.

Unger (Wien).

Taylor. *Peripheral palsies following manual replacement of the congenitally dislocated hip. (Periphere Lähmungen nach manueller Reposition der kongenitalen Hüftluxation.)* (N. Y. med. Journ., 8. August 1903.)

Verf. berichtet über elf Fälle im Anschluß an das Lorenz'sche Verfahren. Neunmal war der N. cruralis affiziert, die Nn. ischiadici, resp. peronei je einmal. Restitutio ad integrum bedarf manchmal Monate. Verf. warnt vor übermäßiger Kraftanwendung und unvorsichtigen Manipulationen bei der unblutigen Reposition.

Wachenheim (New-York.)

Summers. *The treatment of papilloma of the larynx in children. (Die Behandlung des Kehlkopfapapilloms bei Kindern.)* (N. Y. Med. Journ., 22. August 1903.)

Verf. befürwortet die Tracheotomie, wonach das Papillom spontan schwinden soll. Die Intubation wird entschieden verworfen wegen mangelhaften Resultaten und positiven Gefahren.

Wachenheim (New-York.)

Berg. *Chronic post-diphtheritic laryngeal stenosis as a cause of persistent intubation of the larynx. (Chronische postdiphtheritische Larynxstenose als Ursache langandauernder Larynxintubation.)* (Med. Record, 1. August 1903.)

Die häufigste Ursache bildet der Dekubitus; dieser kann durch Ungeschick resp. grobe Manipulationen des Arztes, anderseits durch fehlerhafte Konstruktion der Tuben bedingt werden; Abweichungen

von den anatomisch ausgebildeten Modellen von O'Dwyer sind mit größter Zurückhaltung zu betrachten. In diesen Fällen ist die Prognose nicht ungünstig auf eventuelle Heilung; sie ist wesentlich schlechter in den durch Stimmbandlähmung verursachten Stenosen, welche Lähmungen durch den Druck der Tube hervorgerufen werden können.

Wachenheim (New-York).

Karl Lundgren. *Ueber Intubation* (Eira, pag. 155, 1903.)

Verf. plädiert hier für eine allgemeinere Verwendung der Intubation bei Larynxstenosen, auch in ambulanter Praxis, als es in Schweden üblich ist. Bringt sonst nichts von Interesse.

J. W. Oelrich (Lund).

Th. Haymann. *Amniogene und erbliche Hasenscharten.* (Inaug.-Dissertat., Leipzig 1903.)

Neuerdings ist durch Publikationen aus der v. Bergmannschen Klinik die mechanische Entstehung der Hasenscharten durch Eihautstränge in den Vordergrund des Interesses gerückt worden. Als Beitrag zu diesen vermeintlich amniogenen Hasenscharten bringt H. die ausführliche Schilderung eines Falles, der von Trendelenburg wegen gleichzeitiger anderweitiger Mißbildungen (Klumpfuß, Abweichung der Nase nach rechts) mehrfach operiert worden war. Bei der Geburt des jetzt 23jährigen Mädchens, in deren Familie keine ähnlichen Abnormitäten anamnestisch zu finden waren, beobachtete der die Geburt leitende Arzt, daß das Neugeborene eine linksseitige Lippenkieferspalte besaß, in welcher, festgehalten durch einen dünnen, den Zeigefinger und den Rücken des dritten und vierten Fingers umspannenden Strang, das linke Händchen des Kindes lag. Erst nach Lösung des Fadens wurde die Hand frei. Die Folgen dieser Umschnürung bestanden in Verstümmelungen der Finger, anscheinend in Form eingliedriger Gebilde. Auf Grund genauer Literaturstudien und der embryologischen Entwicklung des menschlichen Eies gelangt H. dann zu der Ueberzeugung, daß die eigentliche Ursache der sogenannten amniogenen Hasenscharten nicht durch traumatische Einwirkung von Amniossträngen entstehen, sondern als primäre Bildungshemmungen aus inneren Ursachen aufgefaßt werden müssen. Und gerade in dieser Frage spielt die durch zahlreiche einschlägige Mitteilungen erhärtete Tatsache von der Erbllichkeit der Hasenscharten eine wichtige Rolle, wie der Verfasser ebenfalls durch fleißige Benützung der Literaturangaben darzulegen sucht. Nach ihm ist jedes Hasenschartenkind als Glied einer großen mißbildeten Familie aufzufassen.

Brüning (Leipzig).

P. S. Blaker. *Ueber Empyem bei Kindern.* (Brit. Med. Journ. 23. Mai 1903, S. 1201.)

Verf. referiert über nicht weniger als 81 Fälle von Empyem im Kindesalter, die er innerhalb drei Jahren persönlich beobachtete. Nach seiner Ansicht ist die Pleuritis in jedem Falle von Anfang an eitrig (sie beginnt nicht mit einer einfach serösen Exsudation, die allmählich in Eiter verwandelt wird).

Unter den 69 Fällen, die bakteriologisch untersucht wurden, ließen nur 4 die Gegenwart des *Diplococcus lanceolatus* vermissen. bei den meisten konnte der Diplokokkus in Reinkultur nachgewiesen werden, seltener in Gesellschaft von Streptokokken oder Staphylokokken. Klinisch teilt Autor die Fälle in zwei Gruppen: in akute oder primäre und in sekundäre. Bei den

ersteren scheint die Infektion der Lunge und der Pleura gleichzeitig zu sein, die Zeichen von Flüssigkeitserguß in die Brusthöhle traten zugleich mit den Symptomen der Pneumonie hervor. Bei den letzteren, zu denen die überwiegende Mehrzahl gehört, machen sich die Zeichen des Exsudats erst nach dem Auftreten einer Pneumonie geltend, wobei wieder ein Unterschied besteht, je nachdem diese Aufeinanderfolge unmittelbar oder infolge allmählicher Eiterbildung erst nach einigen Wochen erfolgt.

Die Prognose ist ungünstig bei Kindern unter zwei Jahren und besonders in akuten Fällen. Bei den sekundären Fällen ist die Prognose günstig, wenn ihre Entwicklung erst einige Wochen nach der Pneumonie erfolgt und zweckmäßige chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. Inzision und Drainage ist die einzig befriedigende Methode. In vier Fällen, bei denen die Aspirationsmethode zur Verwendung kam, sammelte sich der Eiter rapid von neuem an. Immerhin hält Autor es für nützlich, vor der Inzision die Aspiration auszuführen in Fällen, wo eine reichliche Ansammlung von Eiter besteht und dessen vollkommene Entleerung in einer Sitzung nicht ohne Gefahr von Chok vorgenommen werden könnte. Verf. gibt der Meinung Ausdruck, daß durch Resektion einer Rippenportion nichts gewonnen wird. Einfache Inzision ermöglicht vollkommen die freie Drainage und jede weitere Operation, welche unnötigen Chok hervorruft, ist zu vermeiden. Es sei — betont Verf. — auch falsch, den Brustschnitt sogleich vorzunehmen, wenn die Probepunktion ein wenig dünnflüssige eitrige Flüssigkeit ergibt; die Chancen für die Erholung sind weit besser, wenn die Operation verschoben wird, bis das akute Stadium der Krankheit abgelaufen ist. Solche Kranke gehen nicht am Empyem, sondern an der begleitenden Pneumonie zugrunde. Selbstredend, wenn die Menge des Eiters sehr groß ist (weit öfter ist sie gering), dann soll man lieber aspirieren, als die Brust öffnen. Melland (Manchester).

Georg Lotheissen. *Ueber Nabelschnurbruch.* (Wiener klin. Rundschau 1903, Nr. 42.)

Man unterscheidet drei Typen des Nabelschnurbruchs. Bei der ersten Form (Nabelschnur-Bauchbruch) besteht ein breiter Spalt, der etwas über dem Nabel beginnt und fast bis zur Symphyse reicht. Die zweite Form, der eigentliche Nabelschnurbruch, zeigt an der Einnündung in den Bauch eine Einschnürung, so daß die Geschwulst wie gestielt aussieht. Der Nabelring kann so eng sein, daß es bisweilen geradezu zur Strangulation des vorgelagerten Darmes kommt. Die dritte Form, der Divertikelbruch, stellt einen wirklichen Bruch des Meckelschen Divertikels vor.

Autor beschreibt einen Fall der zweiten Form, der am zweiten Tage erfolgreich „intraoperitoneal“ radikal operiert wurde und schließt an die Mitteilung dieser Beobachtung einige Ausführungen über Statistik, Prognose und Therapie des Nabelschnurbruchs.

Neurath (Wien).

White. *Strangulated oblique inguinal-hernia in a child eleven days old. (Eingeklemmter äußerer Leistenbruch bei einem elftägigen Kinde.)* (Med. Record, 22. August 1903.)

Die Symptome waren nicht sehr bedeutend, Erbrechen und heftige Schmerzen fehlten. Glatte Heilung nach Operation, wohl

die erste in der zweiten Lebenswoche ausgeführt in der Literatur.
Wachenheim (New-York).

F. Huber. *A study of two cases of intussusception. (Betrachtungen über zwei Fälle von Darminvagination.)* (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Der erste Fall betraf einen sechsjährigen Knaben, der zweite ein neunjähriges Mädchen. In beiden Fällen bestand Rigidität der Mm. recti abdom., Schmerz und Empfindlichkeit in der Nabelgegend, gelegentliches Erbrechen, ab und zu heftige Kolikanfälle. Stuhl durch hohe Einläufe erzielbar. Im ersten Falle konnte erst auf dem Operationstische in der Narkose ein Tumor gefühlt werden; im zweiten war ein solcher auch dann nicht konstatierbar. Chok resp. Kollaps fehlte in beiden. Blutausfluß vom Darm nur im zweiten Falle am sechsten Tage nach Narkose. Diagnose beim Knaben nicht bestimmt gestellt, beim Mädchen trotz Fehlens einer Geschwulst positiv.

Der charakteristische Symptomenkomplex umfaßt: 1. Kolikanfälle mit freien Intervallen; 2. Rigidität der Mm. recti; 3. lokalisierter Schmerz und Druckempfindlichkeit. Besteht letzteres Symptom in der rechten Ileo-cöcalgegend, so liegt Verwechslung mit Appendizitis nahe; man achte daher auf den ausgesprochen paroxysmalen Charakter des Schmerzes bei der Darminvagination.
Wachenheim (New-York).

R. C. Dun. *Obstruktion des Ileums durch die Appendix epiploica der Flexura sigmoidea.* (Brit. Med. Journ., 25. Juli 1903, S. 194.)

Das Ende der Appendix epiploica war mit einer tuberkulösen Lymphdrüse in der Höhe des fünften Lumbarwirbels derart verwachsen, daß der Strang vor einem Abschnitte des Dünndarms lag. Sicherlich war der Druck lange Zeit nicht hinreichend, um den Darmverschluß zu erzeugen, welcher bei dem Kinde schließlich eintrat. Erst als eine Darmschlinge, die unmittelbar über dem Darmabschnitte lag, der den Strang passiert hatte, in das Becken herabsank, entstand eine Knickung über den freien oberen Rand der Appendix und daher eine plötzlich eintretende Darmverlegung.
Melland (Manchester).

A. Siredey. *Étude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 23.)

In dieser lesenswerten Studie gibt der Verfasser einen klaren Ueberblick über die klinischen Erscheinungen der chronischen Pseudo-appendizitis, die sich nicht selten hinter dyspeptischen Beschwerden, Ovarialschmerzen bei Frauen und gelegentlich auch Symptomen der Wanderniere unter anderem verbirgt. Unter Zitierung von fünf einschlägigen Fällen wird der Erfolg der Therapie, die in Entfernung des Wurmfortsatzes zu bestehen hat, erläutert.

Brüning (Leipzig).

Griffith. *Pneumonia and pleurisy in early life simulating appendicitis. (Simulation von Appendizitis durch Pneumonie und Pleuritis im Kindesalter.)* (Journ. Amer. Med. Assoc., 29. August 1903.)

Es ist dem Verfasser sowie andern schon vorgekommen, daß Pneumonie und Pleuritis als Appendizitis diagnostiziert wurden:

einige derartige Fälle kamen sogar zur Operation mit negativem Befunde. Die Verwechslung ist nicht so sonderbar; der Schmerz wird von den Kindern gewöhnlich ins Abdomen und häufig in die rechte Fossa iliaca verlegt, sind dabei noch Druckempfindlichkeit, Meteorismus, hartnäckige Obstipation und scheinbar normaler Befund an den Brustorganen vorhanden, so ist der Sachverhalt leicht verständlich. Es gibt aber doch in vielen Fällen einige Anhaltspunkte für die richtige Diagnose. Bei der Pneumonie steigt im allgemeinen die Temperatur viel jähler an, die Respiration ist mehr frequent und die Spannung der Bauchwand läßt bei der Atmung etwas nach; oft steigert sich die Empfindlichkeit nicht auf tiefen Druck, was natürlich bei ganz kleinen Kindern nicht leicht eruierbar ist. Sind im betreffenden Falle Husten oder gar Rasselgeräusche vorhanden, so ist die Sache freilich einfacher, dies ist indes nicht immer so.

Eine Pleuritis diaphragmatica macht noch größere Schwierigkeiten und bei dieser Erkrankung werden Fehldiagnosen gewiß nicht immer zu vermeiden sein; sie ist überhaupt bei Kindern nicht leicht zu erkennen.

Schließlich warnen uns derartige Fälle, mit der Untersuchung der Brustorgane stets sehr peinlich zu sein, und selbst bei einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Appendizitis nicht schnell zum Messer zu greifen, sondern erst den Patienten möglichst kritisch auf weitere Entwicklungen einige Zeit zu beobachten.

W a c h e n h e i m (New-York).

C. Hochsinger. *Stridor thymicus infantum.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 45—47.) (Vergleiche den Kongreßbericht im Oktoberheft dieser Monatsschrift.) U n g e r (Wien).

O. Federici. *Quelques suites du rachitisme.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 23.)

Ausführliche Krankengeschichte nebst differentialdiagnostischen Erörterungen eines Falles von Rhachitis, der mit Lues hereditaria, Atelektasis pulmonum und Oedem der Pia einherging und durch Herzinsuffizienz zum Tode führte. B r ü n i n g (Leipzig).

West and Piper. *A case of Chondrodystrophia foetalis.* (Ein Fall von Chondrodystrophia foetalis.) (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Bei einem 20monatlichen Kinde ergaben die Messungen der Extremitäten nur $\frac{1}{3}$ bis $\frac{2}{3}$ der normalen Maße bei sonst guter Entwicklung des Kopfes und Oberkörpers. An den affizierten Teilen hing die Haut in Falten. Rhachitis nur in geringem Grade vorhanden, von der vorliegenden Erkrankung unschwer zu trennen. W a c h e n h e i m (New-York).

Rotch and Dunn. *A case of pulmonary osteo-arthritis.* (Ein Fall von Osteoarthritis pulmonalis.) (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Der Fall betrifft einen 4 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben, bei dem eine chronische, nicht tuberkulöse Verdichtung der linken Lunge bestand. Außerdem nur mäßige Rhachitis und Anämie. Das Verhalten der Gelenke und Knochen ist durch treffliche Röntgenaufnahmen illustriert.

W a c h e n h e i m (New-York).

Lloyd. *A case of diabetes mellitus in a young child. (Ein Fall von Diabetes mellitus bei einem jungen Kinde.)* (Philadelphia Med. Journ., 21. März 1903.)

Der Fall betraf einen Knaben von 26 Monaten und verlief vier Tage nach der ersten Beobachtung tödlich. Verf. sammelte 36 andere Fälle aus der Literatur, daneben 6 von alimentärer Glykosurie, welche fälschlich als echter Diabetes aufgezeichnet waren. Wachenheim (New-York).

W. Stridsberg. *Studier öfver den s. k. Cykliska Albuminurin. (Studien über die sogenannte zyklische Albuminurie.)* (Dissert. Stockholm. 1903.)

Nach einer Einleitung und historischen Uebersicht folgt die 31 Fälle umfassende Kasuistik; das Alter der Patienten wechselte zwischen 4 und 13 Jahren.

Sodann folgt die Besprechung von Frequenz und Aetiologie. Hinsichtlich der Frequenz meint Verf., daß es zur Zeit nicht möglich ist, sich darüber ein definitives Urteil zu bilden, da die Untersuchung im allgemeinen nicht umfassend genug gemacht wird, um diese Albuminurieform zu entdecken. Verf. selbst ist es gelungen, im Laufe von neun Monaten auf ein poliklinisches Material von 925 Pat. 40 Fälle zu konstatieren. Nach einer Zusammenstellung von im ganzen 253 Fällen soll die größte Frequenz sich im Alter zwischen acht bis elf Jahren finden; eine Prädisposition fürs Pubertätsalter liegt somit nicht vor und noch weniger wird dies der Fall sein können, wenn man den Beginn der Krankheit besonders ins Auge faßt. Die Morbiditätsfrequenz der beiden Geschlechter ist fast dieselbe, 1 m. auf 1:2 w. und unter den unteren Klassen der Bevölkerung scheint die Krankheit nicht seltener zu sein als bei den bessersituierten. Für die Heredität als bedeutendes ätiologisches Moment liefert die Kasuistik des Verfassers keine Stütze; in drei Fällen findet sich Nephritis bei den Eltern, in einem Falle bei den Großeltern, in zwei Fällen liegt Heredität für Nervenkrankheiten vor. In den übrigen Fällen findet sich weder Nephritis noch arthritische Diathese in der Familienanamnese. Wo die Krankheit mehrere Mitglieder derselben Familie befällt, denke man zunächst nicht an Heredität als Aetiologie, sondern z. B. an akute Infektionskrankheiten, welche mit Vorliebe zu Nierenentzündungen Anlaß geben. Es ist Verf. nicht gelungen, weder in der Literatur noch aus eigenem Materiale, einen Fall zu finden, wo die chronische zyklische Albuminurie sich direkt aus einer akuten Infektionskrankheit entwickelt hat, wenn eine Nephritis nicht nachgewiesen worden ist. In drei Fällen hat Verf. die Entwicklung der zyklischen Albuminurie direkt aus der akuten Nephritis verfolgt; und in der großen Mehrzahl der Fälle findet sich immer eine Nephritis in der Anamnese. Aber auch in den Fällen, wo dies nicht der Fall ist, hält Verf. eine vorübergehende Nephritis als Komplikation einer anderen Krankheit (Angina, Enteritis, Bronchitis etc.) als wahrscheinlich; konstitutionelle Schwäche, angeborene Minderwertigkeit der Nieren, Exzesse in Venere, Neuropathien etc. haben als ätiologische Momente höchst fraglichen Wert.

Verlauf und Symptome. Die exquisit chronische Krankheit hat oft einen schleichenden Beginn und eine zeitlang einen latenten Verlauf; früher oder später stellen sich doch, oft ohne klaren Grund, Verschlimmerungen ein, sowohl im Allgemeinbefinden der Patienten als auch besonders hinsichtlich der Albuminurie. Betreffend einen behaupteten Uebergang der Krankheit in völlige Genesung mahnt Verf. zu Vorsicht im Urteil, da ein Uebergang in intermittierende zyklische Albuminurie möglich ist; ein solcher Ausgang darf wohl als eine relative Verbesserung angesehen werden, doch besteht noch immer der inflammatorische Charakter der Krankheit fort.

Bei den Untersuchungen auf Albumen, meistens mit HNO_3 gemacht, hat Verf. sowohl den oberen Ring (Neutralisations-, Nukleoalbuminring) als den unteren in der Berührungsebene berücksichtigt. Jener — nach K. A. H. Mörners Untersuchungen das Albumen als Serumalbumin enthaltend — ist generell gesehen konstant vorhanden, obgleich in variabler Stärke; er ist stärker, wenn die Patienten auf sind, als bei Bettruhe, stärker bei anstrengenden als bei geringfügigen Körperbewegungen. Tägliche Schwankungen werden beobachtet: nach der Nachtruhe ist der Ring von geringer Intensität, nach dem Aufstehen tritt Stunde nach Stunde eine Steigerung ein, bis der untere Ring auftritt; solange dieser vorhanden ist, scheint die Stärke des oberen Ringes im umgekehrten Verhältnisse zu derjenigen des unteren zu stehen. Nach dem Schwinden des unteren Ringes bleibt der obere anfangs stark, später immer schwächer. Bäder und Diät sind ohne Einfluß in dieser Hinsicht. Verf. ist geneigt, dem oberen Ring bei der zyklischen Albuminurie pathologische Dignität anzuerkennen, da hier Uebergänge zwischen unterem und oberem Ringe wahrgenommen werden. Der untere Ring tritt dagegen nur periodisch auf.

Durch fast Stunde um Stunde des Tages gemachte Untersuchungen hat sich ergeben, daß der Harn während der Ruhezeit in der Hauptsache albumenfrei ist. Jedoch hat Verf. keinen Fall gesehen, wo nicht in einzelnen Proben Eiweiß vorhanden war sowohl im Tag- als Nachtharn, und in diesem auch, wenn sich abends kein Eiweiß vorfand und Pat. die ganze Nacht horizontale Lage einnahm. Bei Zeiten von akuter Verschlimmerung findet sich Albumen auch bei Bettruhe öfter als sonst und können sogar sämtliche Stundenproben Eiweiß enthalten; dann findet man auch oft eine Störung im Allgemeinbefinden: Kopfschmerzen, Erbrechen und einmal Anschwellung der Augenlider.

Beim Uebergang von horizontaler Lage zu aufrechter Stellung vergehen in der Regel je zwei bis drei Stunden, bevor man das Auftreten von Eiweiß im Harn wahrnimmt, nur in einzelnen Fällen gelingt es schon nach 15 Minuten und in einem (atypischen) Falle geschah es erst nachmittags (Aufstehen um 6 Uhr morgens). Die Albuminurie kann also schwerlich als von Zirkulationsstörungen herrührend hingestellt werden. Die Eiweißabsonderung verläuft am öftesten diskontinuierlich, mit anfangs kurzen Intermissionen; später, im Laufe

des Tages, kommen auch Unterbrechungen vor, aber sie sind dann von längerer Dauer — einer oder mehrerer Stunden. Diese Erscheinungen sind völlig unregelmäßig, weshalb es nicht zulässig ist, das Auftreten der Albuminurie in einem oder mehreren Zyklen als Einteilungsprinzip dieser Krankheit zu gebrauchen.

Bald dauert die Eiweißabsonderung nur ein paar Stunden, bald wieder solange Pat. auf ist; Unterschiede finden sich für verschiedene Pat. sowie für verschiedene Tage bei demselben Patienten. Nach Einnahme von horizontaler Lage hört die Albumensekretion auf, wie schnell es geschieht, hängt davon ab, ob die Albuminurie zu dieser Zeit sich im Steigen oder Sinken befindet, sowie von der abgesonderten Eiweißmenge. Auch scheint das Beibehalten der aufrechten Stellung eine Zeitlang für das Auftreten der Albuminurie nötig zu sein; so z. B. trat dieselbe nach 10 Minuten nicht auf, wohl aber nach Verlauf von einer halben Stunde; verzögerte Harnausscheidung lag nicht vor. Mitunter verschwindet das Albumen auch nach längere Zeit beibehaltener aufrechter Stellung. Beim Sitzen im Bette, bei schnellen Bewegungen in der horizontalen Lage, sowie bei jähem Wechsel zwischen Liegen und Sitzen tritt kein Eiweiß auf. Wenn bei den Bewegungen der Körper etwa in derselben Ebene bleibt, wie z. B. beim Gehen oder Laufen, scheint Albumen weniger leicht aufzutreten, als wenn die Bewegungen mit schneller Änderung der Körperstellung einhergehen, z. B. Gymnastikübungen. (Von Wichtigkeit bei der Behandlung!) Akute Infektionskrankheiten führen Verschlimmerung herbei.

Die Eiweißmenge wechselt unregelmäßig von Stunde zu Stunde, doch verbindet sich das Auftreten von Albumen konstant mit Verminderung der Harnmenge; im allgemeinen gibt es eine Herabsetzung um 15%, ausnahmsweise sogar 50% gegenüber der eiweißfreien Periode. Der Nachtharn ist immer geringer als die darauf folgende Tagesmenge — abgesehen davon, ob Eiweiß vorhanden ist oder nicht. — Spez. Gewicht 1002—1032; im Morgenharn gewöhnlich 1012—1020, steigt aber oft in den nächsten Stunden, gleichgültig, ob Albuminurie existiert oder nicht. Die Reaktion oft zur Mittagszeit alkalisch (fixe Alk.). Indikanurie mitunter abnorm stark; inwieweit zufolge Obstipation, unbestimmt.

Beim Stehen des Harns setzt sich mitunter ein reichliches Sediment ab: Urate, Phosphate und — nur mikroskopisch nachweisbar — Oxalate. In sämtlichen Fällen — einer ausgenommen — konnten hyaline Zylinder nachgewiesen werden, mit einzelnen oder etwas gehäuftten Zellen vom Typus der einkernigen Leukozythen, selten mit Nierenepithelien belegt; körnige Zylinder spärlich vorhanden, konstant isolierte mononukleare Zellen, oft Zylindroide. Gesichtssödeme von kurzer Dauer werden dabei öfter beobachtet. In 13 von den 31 Fällen meint Verf. eine Herzhypertrophie nachgewiesen zu haben; Puls mitunter hart, gespannt, Frequenz wechselnd. Der Allgemeinzustand der betreffenden Patienten sehr variabel; die schwächlichen Kinder befinden sich in der Mehrheit. In Zeiten mit Verschlimmerung der Albuminurie verschlechtert sich auch der

Allgemeinzustand. Appetit oft herabgesetzt, besonders bei akuten Verschlimmerungen; Würgen und Erbrechen periodisch beobachtet; habituelle Obstipation gewöhnlich, mitunter mit Diarrhöen abwechselnd. Temperatur morgens afebril, abends oft subfebril. Retinitis alba. fand sich nie.

Pathogenes. Auf Grund des schon geschilderten Sedimentbefundes sieht Verf. in der zyklischen Albuminurie den Ausschlag eines inflammatorischen Prozesses. Auch für die Fälle, wo keine Zylinder nachgewiesen worden sind, behauptet er diesen Ursprung, da es gar zu leicht passieren kann, daß einzelne Zylinder der Beobachtung entgehen. Es soll somit nicht berechtigt sein, hier eine Nephritisform von einer funktionellen zu unterscheiden. Dieser Ansicht zufolge mahnt Verf. zur Vorsicht mit der Prognose, wenn auch kein Fall zyklischer Albuminurie zugrunde gegangen ist.

Hinsichtlich Diagnose und Therapie bringt Verf. nichts Besonderes. In den der Arbeit beigelegten Tabellen gibt Verf. eine graphische Darstellung von einigen Resultaten der Harnuntersuchungen.

Oelrich (Lund).

I. Jundell. *Ueber die Einwirkung von Antistreptokokkenserum bei einem Falle von pseudomembranöser Streptokokkenkonjunktivitis.* (Hygiea pag. 455, 1903.)

Der Fall, ein recht schwerer, betrifft einen einjährigen Knaben, welcher gerade vor dem Auftreten der Augenerkrankung wegen eines Ekzems etwa zwei Monate in poliklinischer Behandlung gewesen war. Nach achttägigem Bestande der Augenkrankheit erhielt er am 7. Juni 6 Uhr nachmittags 5 cm³ Antistreptokokkenserum (Marmorek) subkutan. Auch wurde Inzision am rechten äußeren Augenwinkel gemacht. Die Symptome hatten sich seit dem Anfange der Krankheit immer verschlimmert; stärker geschwollen (als zuvor) waren die Augenlider des kranken rechten Auges, sowie die rechte Gesichtshälfte und in geringerem Grade der obere Teil des Halses der rechten Seite mit entsprechenden Drüsen; die großen Infiltrate der Conj. tarsi und fornic. noch mehr verbreitet, Conj. bulbi überall von dünnen, großen, ziemlich festhaftenden Membranen überzogen; die ganze Kornea blauweiß. 8. Juni. Die Inzisionswunde am rechten äußeren Augenwinkel zeigt „diphtherische Infiltration oder wenigstens kruppösen Belag.“ Kornealtrübung mehr gesättigt, fast weiß; sonst Status etwa unverändert. Um 1 Uhr nachmittags wieder 5 cm³ desselben Serums subkutan. Die Symptome seitens des Auges nehmen zwar allmählich ab, aber am 11. Juni bis 15. Juni wurden diphtherische Flecke der Mundschleimhaut wahrgenommen; 16. Juni Serumexanthem. Verf. ist der Ansicht, daß in diesem Falle das Serum am wahrscheinlichsten indifferent gewesen ist, doch gibt er zu, daß besonders durch die am vierten bis am zehnten Tage nach den Seruminjektionen entstandenen diphtherischen Flecke der Mundschleimhaut der Verdacht, daß das Serum sogar schädlich gewirkt habe, nicht ganz ausgeschlossen ist. Anläßlich dieses Falles gibt Verf. eine kurze Darstellung der Immunitätslehre und

mahnt zuletzt zu Vorsicht bei der Anwendung von spez. antibakter. Sera und besonders bei der Anwendung des Antistreptokokken-serums.

J. W. Oelrich (Lund).

P. Galvagno. *Sulle peritoniti gonococciche delle bambine. (Ueber Gonokokkenperitonitiden bei Mädchen.)* (Archivio di Pat. e Clin. infantile, Nr. 3 bis 4, 1903 und Arch. it. di Ginecologia, Nr. 4, 1903.)

Unter den Komplikationen der gonorrhoeischen Vulvovaginitis hat die Peritonitis eine Sterblichkeit von zirka 20%. Verf. stimmt mit Finger überein, die durch Streptokokkus komplizierten Fälle für schwerer zu halten. Es ist eine wichtige Aufgabe der Kinderärzte, die Mütter über die Gefahr der Ansteckung zu unterrichten.

Berichtet über Krankengeschichten von drei schweren Fällen mit Heilung. Es waren Fälle diffuser Peritonitis und diese tragen nach Verf., neben den schon von Zawadowsky gesammelten, dazu bei, den von einigen Autoren über die Existenz dieser Form erhobenen Zweifel zu zerstören.

Dotti (Florenz).

Koplik. *Prophylactic measures to prevent the spread of vulgo-vaginitis in hospital service. (Vorsichtsmaßregeln gegen die Uebertragung der Vulvovaginitis im Hospitaldienst.)* (Arch. Pediat., Oktober 1903.)

Höchst peinlich berührt das Vorkommen von förmlichen Epidemien von Vulvovaginitis gonorrhoeica in den Kinderabteilungen, nicht nur in bezug auf die sozialen Verhältnisse, sondern auch in Betracht der möglichen schweren Konsequenzen für die infizierten Kinder. Namentlich ist es die Einführung von chronischen oder rektalen Fällen, die leicht übersehen werden, welche unter den kleinen Patienten den Herd von zahlreichen Uebertragungen bilden kann.

Die Verbreitung geschieht erstens durch Geschirre und Thermometer, dann durch Wäsche und wohl auch die gemeinschaftliche Badewanne. Beim Eintritt ins Hospital soll jedes Kind auf Genital- resp. Rektalausfluß untersucht werden; das Vaginalsekret stets auf Gonokokken geprüft werden. Jedes Mädchen bekommt sein eigenes Wasch- und Bettgeschirr; Stückseife ist zu verwerfen. Infizierte Fälle bekommen eigene Thermometer und Badewannen, die bei der Entlassung des Patienten aufs sorgfältigste desinfiziert werden und auch dann weiterhin nur bei weiteren gonorrhoeischen Fällen zu verwenden sind.

Zur allgemeinen Prophylaxe empfiehlt Verf. bei allen Fällen, inklusive den gesunden, einen Vulvarverband; dann rote Abzeichen auf den Betten der Infizierten; auch die Wäsche, Handtücher usw. derselben sei besonders mit großen Buchstaben gezeichnet. Diese Fälle sollen auch von separatem Wartepersonal gepflegt werden.

Verf. hat bei Anwendung der genannten Maßregeln die besten Resultate erzielt.

Wachenheim (New-York).

Dawes. *Varicella.* (Albany Med. Annals, Oktober 1903.)

Verf. berichtet über eine Epidemie in einem Pensionat, im ganzen 30 Fälle umfassend. Zum Zeugnis der Dualität von Varizellen und Variola erwähnt Verf., daß sämtliche Patienten geimpft waren, die Hälfte erst vor acht Wochen. Interessant war das Vorkommen von Rezidiven bei vier Fällen zirka 20 Tage nach dem ersten Anfälle. Die flüchtige Uebersicht der Varizellen in den Lehrbüchern wird getadelt.

Wachenheim (New-York).

Morse. *Foetal, congenital and infantile typhoid.* (Fötaler, kongenitaler und infantiler Typhus.) (Med. News, 1. August 1903.)

Die Diagnose des fötalen, resp. kongenitalen Typhus beruht meistens auf der Anwesenheit der Krankheit bei der Mutter; in Fällen, die nicht zu rasch letal verlaufen, wird die Sektion gelegentlich die typischen Läsionen nachweisen. Es ist hervorzuheben, daß der Ausgang nicht unbedingt ungünstig sein muß, bisweilen entgeht auch der Fötus der Infektion.

Der Typhus bei kleinen Kindern bietet keine besonderen Merkmale gegenüber den Erwachsenen dar; er ist in der ersten Lebenszeit als entschieden seltene Erkrankung zu betrachten, hauptsächlich wegen Mangel an Infektionsgelegenheiten.

Wachenheim (New-York).

Giarrè und Picchi (Florenz). *Ricerche batteriologiche nella congiuntivite catarrale acuta, nel morbillo e nell' influenza* (Contributo allo studio dei bacilli emofili). (Bakteriologische Untersuchungen über akute katarrhalische Konjunktivitis bei Masern und Influenza. Ein Beitrag zum Studium der hämophilen Bazillen.) (Lo Sperimentale, fasc. 5, 1903.)

Die klinischen und bakteriologischen Untersuchungen an den Kranken wurden hauptsächlich von Dr. Giarrè, die pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen an Leichen von Dr. Picchi ausgeführt. Bei der großen Ausdehnung der Untersuchungen haben jedoch beide Verfasser sowohl im klinischen als im pathologisch-anatomischen Felde arbeiten müssen. Verff. nehmen für den Bazillus der Influenza, der Pseudoinfluenza und der akuten Konjunktivitis den Namen hämophilen Bazillus an, und berichten ausführlich die Resultate der langen Reihe klinischer Forschungen über zahlreiche im letzten Quinquennium beobachtete Fälle von katarrhalischer Konjunktivitis im Kindesalter (20), Masern (65), Influenza (17, wovon 14 bei Kindern). Ein Teil der Resultate wurde schon 1900 in vorläufigen Mitteilungen der Accademia Medico-fisica in Florenz (s. Med. Woche 1900, Nr. 8 und 1903 Nr. 11, 13, 14) und in der ersten Sitzung der Sektion Toscana der Pädiatargesellschaft (s. Nr. 2 dieser Monatsschr., Seite 121) mitgeteilt. Bei Masern sind außer der konjunktivalen Sekretion auch die Nasensekretion (in 21 Fällen), die Bronchialsekretion (in 22 Fällen), das Blut (in 16 Fällen), der Pleurainhalt (in 5 Fällen von Pleuritis postmorbillosa), der Inhalt

des Perikardiums (in 2 Fällen von Pericarditis postmorbillosa), der Eiter eines Lungenabszesses und der Eiter in einem Falle eitriger, postmorbillöser Meningitis für die bakteriologische Untersuchung in Betracht gezogen worden. Ausdiesen Untersuchungen ergab sich mit einem großen Prozentsatze die Gegenwart des hämophilen Bazillus:

83 $\frac{0}{0}$ in der konjunktivalen Sekretion,
 80 $\frac{0}{0}$ in der Nasensekretion,
 91 $\frac{0}{0}$ in der Bronchialsekretion,
 100 $\frac{0}{0}$ im Pleurainhalt,
 18 $\frac{0}{0}$ im Blute usw.

Um den Saprophytismus dieses Bazillus nachzuweisen, haben Verff. auch in verschiedenen Fällen von chronischer Konjunktivitis, Bronchitis, Bronchopneumonie und in normalen Fällen Untersuchungen angestellt.

In einem andern Teile der Arbeit folgt die experimentelle und biologische Erforschung des hämophilen Bazillus. Die pathogene Tätigkeit des von verschiedenen Krankheiten entnommenen hämophilen Bazillus wurde an verschiedenen Tieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Affen, Mäusen) und an verschiedenen Inokulationsstellen nachgewiesen.

Die wichtigsten Resultate sind in folgenden Schlußfolgerungen zusammengefaßt, in denen auch die wenigen bisher bekannt gewordenen Studien andrer Autoren berücksichtigt werden :

1. Während der Masern- und Influenzaepidemien beobachtet man, besonders in den Orten, wo viele Kranke angesammelt sind, häufige Fälle akuter epidemischer Konjunktivitis aus hämophilem Bazillus bei Individuen, die mit Masern- oder Influenzakranken in direkter oder indirekter Berührung gestanden sind.

2. Bei Masern wie bei Influenza beweist die bakteriologische Untersuchung jener Schleimhäute, deren akuter Katarrh eine der charakteristischen und konstantesten Krankheitserscheinungen bildet, nämlich der Augen-, Nasen- und Bronchialschleimhäute, daß der häufigste, oft vorwiegende und manchmal einzige Mikroorganismus ein hämophiler Bazillus ist.

3. Bei schweren Masern wie bei Influenza kann man serofibrinöse oder eitrige Serositen (Pleuritis, Perikarditis, Meningitis) beobachten, deren einziges oder begleitendes bakterielles Element ein hämophiler Bazillus ist.

4. Der hämophile Bazillus tritt auch oft, aber mit um $\frac{2}{3}$ geringerer Frequenz als bei Masern oder Influenza, in der Bakteriologie primärer oder andre Infektionskrankheiten (Varizella, Keuchhusten, Diphtherie usw.) begleitender kindlicher Bronchitiden und Bronchopneumonien auf.

5. Der hämophile Bazillus findet sich in saprophytischem Zustand, ausnahmsweise bei normalen Konjunktividen, sehr selten in der Nasenschleimhaut; sein Saprophytismus ist auf der gesunden Bronchialschleimhaut möglich, aber noch nicht aus einer genügenden Anzahl Beobachtungen nachgewiesen.

6. Bisher hat man noch keine unterscheidenden morphologischen und biologischen Merkmale zwischen den verschiedenen hämophilen Bazillen der Masern, der Influenza, der akuten Konjunktivitis und der normalen Schleimhäute gefunden; experimentell ergibt sich nur, daß der aus den verschiedenen Schleimhäuten der Masernkranken isolierte hämophile Bazillus einen höhern Grad von Virulenz besitzen kann als die andern, der Influenzabazillus eine hervorragendere Toxizität (wenigstens für Meerschweinchen), und ferner, daß der hämophile Bazillus der akuten Konjunktivitis der am wenigsten pathogene ist.

Die von Meunier (Arch. gén. de Méd., 1900) bei Kaninchen mit Keimen von schwerer kindlicher Influenza erhaltene bazilläre Septikämie scheint auch mit nicht aus Masern entnommenen hämophilen Bazillen eine starke Virulenz zu zeigen.

Der Arbeit sind ergiebige Tafeln beigelegt; die Literatur ist vollständig. Verf. bedauert mit Recht, daß ihre vorhergehenden Mitteilungen über den Gegenstand von verschiedenen deutschen Autoren nicht zitiert worden seien.

Dotti (Florenz).

Monrad. *Die Koplikschen Flecken bei Masern.* (Ugeskrift for Laeger 1903, Nr. 27.)

Nach einer kritischen Uebersicht über frühere kasuistische Mitteilungen führt Verf. seine persönlichen Erfahrungen an, aus welchen hervorgeht, daß das Kopliksche Symptom in beinahe $60\frac{9}{10}$ aller masernkranken Kinder gefunden wurde. Niemals sah Verf. das Symptom bei anderen Krankheiten, auch nicht bei Rubeola, von welcher Krankheit Verf. eben eine Epidemie gesehen hat. In mehreren Fällen waren die Koplikschen Flecken das erste Symptom der sich nähernden Krankheit und Verf. konnte mehrmals die Flecken zwei Tage vor dem Exanthem konstatieren.

Monrad (Kopenhagen).

Bondi. *Die syphilitischen Veränderungen der Nabelschnur.* (Archiv f. Gynäkologie, 69. Bd., 2. Heft.)

Von den 35 Fällen, auf deren Untersuchung die Arbeit basiert, war bei 31 die Syphilis der Mutter oder des Kindes klinisch oder anatomisch erwiesen, bei 4 in hohem Grade wahrscheinlich. Bei 15 von diesen Fällen fanden sich Veränderungen der Nabelschnur. Der Sitz dieser Veränderungen, die sich nie gleichmäßig über den ganzen Verlauf der Nabelschnur ausbreiteten und auch die einzelnen Gefäße in wechselnder Weise ergriffen, war die Muskularis der Nabelgefäße. Dieselbe war aufgelockert, nie serös-durchtränkt, und zwischen den Muskelbündeln fanden sich ebenso wie in der die Gefäße umgebenden Sulze mehr oder minder reichlich polynukleäre Leukozyten. Wo die Anhäufung dieser, zu denen sich dann auch einkernige Rundzellen gesellten, besonders dicht war, wurden bisweilen Nekrosen von Muskelbündeln beobachtet, in welche bei einem Falle Kalkablagerung erfolgte, während es bei zwei Fällen zu abszeßähnlichen Bildungen in der Gefäßwand kam. Da sich andere

Ursachen ausschließen ließen, hält Verf. diese exsudativ entzündlichen Vorgänge fürluetisch und hebt den Wert ihres Nachweises für die Diagnose namentlich bei anscheinend gesunden Kindern hervor. Hohlfield (Leipzig).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

Heubner. *Ueber die Notwendigkeit der Errichtung von Kinderkliniken an den preußischen Universitäten.* (Klinisches Jahrb., Band 11.)

Fünf preußische Universitäten haben weder eine Kinderklinik noch Poliklinik. Mit dem in den inneren Kliniken vorhandenen Material an kranken Kindern kann kein für den Unterricht in der Kinderheilkunde geeigneter Kursus abgehalten werden. Aber auch in den andern größeren (nicht Universitäts-) Städten fehlen Kinderkrankenhäuser zum Teil gänzlich, oder die Ausstattung der größeren Krankenhäuser mit Kinderabteilungen ist höchst dürftig. Daß gerade die praktischen Aerzte den Mangel einer genügenden Ausbildung in Kinderheilkunde empfinden, haben die Gutachten der Aerztekammern bei der Beratung der neuen Prüfungsordnung gezeigt.

Die letztere bildet durch die Forderung, daß der Kandidat $\frac{1}{2}$ Jahr die Kinderklinik oder -poliklinik regelmäßig besucht hat, einen zwingenden Anlaß für die preußische Unterrichtsbehörde, sich in intensiverer Weise mit der Ausgestaltung des Unterrichts in der Kinderheilkunde zu beschäftigen und gleichzeitig zu berücksichtigen, daß ernste innere Gründe für eine solche staatliche Fürsorge sprechen.

Keller.

Das Seehospiz zu Refsnäs (Dänemark). (Jahresbericht für 1902.)

Im Jahre 1902 sind im ganzen 247 Kinder behandelt worden; von diesen starben nur 3 Kinder, während die große Mehrzahl geheilt oder doch sehr gebessert wurde. Für die entlassenen Kinder dauerte die Hospitalsbehandlung durchschnittlich 445.7 Tage und die Gewichtszunahme in diesem Zeitraum schwankte zwischen 3000 und beinahe 6000 g. Wie gewöhnlich, war die Behandlung der tuberkulösen und skrofulösen Kinder hauptsächlich eine hygienisch-diätetische und hydropathische; größere Operationen kommen nur selten vor.

Monrad (Kopenhagen).

H. de Rothschild. *Notice sur la policlinique.* (Revue d'hyg. et de méd. infant., 1903, Bd. II, Seite 296.)

Eine ausführlichere Beschreibung der Räumlichkeiten, der Organisation und der Bibliothek der am 19. Dezember 1902 eröffneten Poliklinik. (Siehe Referat Seite 52.)

Keller.

Fr. Barthélemy. *De l'influence du milieu hospitalier dans l'évolution des maladies infantiles.* (Thèse de Paris 1903, Asselin und Houzeau.)

Eine Arbeit, die ernster zu nehmen ist wie die Mehrzahl der französischen Dissertationen und sich auf gute Literaturkenntnis sowie auf reiches Material stützt.

Die Kinderhospitäler verdienen zwar heute nicht mehr den Namen, welchen Moizard dem alten Pariser Findelhause gegeben hat, „nécropole infantile“. Aber die Gefahr, welche umso größer ist, je jünger das Kind ist, daß die Krankheit unter dem Einflusse des Hospitalmilieus sich verschlimmert, daß das Kind eine andere Krankheit akquiriert, besteht heute noch, wenn sie auch durch die fortschreitende Entwicklung der Kinderheilkunde und der Krankenhaushygiene wesentlich eingeschränkt ist, wie die Statistiken der Kinderhospitäler eindeutig beweisen. Wegen dieser Gefahr, welche Verf. nach Ansicht des Referenten stark überschätzt, sieht Barthélemy das Ideal in der ambulatorischen Behandlung kranker Kinder und befürwortet alle Maßnahmen der Wohlfahrtspflege, durch welche diese und die häusliche Pflege der Kinder unterstützt wird. Keller.

Marguerite Margouliès. *L'oeuvre de la goutte de lait. Contribution à l'étude de la protection de la première enfance.* (Thèse de Paris 1903, G. Steinheil.)

Verf., als Schülerin Variots, faßt unter dem Namen „Goutte de lait“ die ursprünglich mit diesem Namen bezeichneten Institute sowie die Consultations zusammen, mit einem gewissen Rechte, da die Ziele beider Anstalten fast identisch sind und auch die Wege, um sie zu erreichen, wenig von einander abweichen. Es bleibt allerdings die Verschiedenartigkeit des Materials bestehen und die Tatsache, daß die Konsultations auch heute noch ihre wesentlichste Aufgabe in der Unterstützung der natürlichen Ernährung sehen.

Verf. bespricht in Anlehnung an die zahlreich vorliegenden französischen Arbeiten die Ursachen der Säuglingssterblichkeit, die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, speziell der Consultations und der Gouttes de lait, die Verteilung von Milch, gibt eine Statistik der Goutte de lait de Belleville (Dr. Variot) im Jahre 1902 und bringt zum Schlusse eine Tabelle, in welcher alle in ähnlicher Weise wie die Gouttes de lait wirkenden Anstalten in Frankreich (65) und im Ausland (44) aufgezählt werden, sowie einige spezielle statistische Angaben über einzelne Anstalten. In der Tabelle sind wahllos die verschiedenen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege für Säuglinge nebeneinander gestellt, so daß sie kaum Wert hat, und ebenso wertlos sind größtenteils die übrigen statistischen Angaben. Keller.

E. Lust. *Contribution à la puériculture.* (Annal. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 22.)

Unter Hinweis auf die hohen Mortalitätsziffern im ersten Lebensjahre auch in Belgien (jährlich 25.000 Säuglinge) und Be-

tonung der in Frage kommenden ätiologischen Faktoren, unter welchen Unverstand und Elend der breiten Volksschichten die Hauptrolle spielen, gibt L. einen ausführlichen Ueberblick über die Mittel und Wege, Abhilfe zu schaffen, Belehrung über die Unersetzlichkeit der Mutterbrust, falls diese nicht gegeben werden kann. Sorge für einwandfreie künstliche Ernährung (Einrichtung der „consultations de nourrissons“, Gründung der „oeuvres d'allaitement des nourrissons“, Verabreichung billiger sterilisierter Kuhmilch an Bedürftige, Verteilung populär gehaltener einschlägiger Broschüren u. a.) sind hier imstande, Besserung herbeizuführen.

Brüning (Leipzig).

H. Paffenholz. *Weitere Mitteilungen über die Prophylaxe der Sommersterblichkeit der Säuglinge.* (Zentralbl. für allgem. Gesundheitspflege, Bd. 22, 1903, Seite 349.)

Die Arbeit stellt eine Fortsetzung des in dieser Monatsschrift Band 1, Seite 423 referierten Vortrages dar und bringt im ersten Teile hauptsächlich Polemik gegen eine Arbeit von Keller (Monatsschr., Bd. 2, Seite 282 referiert). Verf. wiederholt seinen Vorschlag, kommunalerseits für die Verminderung der Gefahren der künstlichen Ernährung durch Schaffung der Möglichkeit zu sorgen, daß gute Säuglingsmilch in trinkfertigen Einzelportionen zur Verfügung stehe, und erwartet eine wesentliche Herabsetzung der Sommersterblichkeit. Was die Consultations und die Gouttes de lait anbetrifft, so darf man wohl getrost den französischen Autoritäten das Urteil überlassen, welche der beiden Einrichtungen mit besseren Erfolgen arbeitet, soweit beide Arten von Anstalten heute überhaupt noch prinzipiell verschiedenen Charakter haben. Es gibt wohl gegenwärtig nur noch wenige Gouttes de lait, die Milch verteilen, ohne die Kinder ärztlich zu überwachen. Der wesentlichste Vorzug der Consultations besteht darin, daß sie nach ihrer Organisation den Krankheiten vorbeugen, nicht erst schon bestehende heilen.

Verf. berichtet über einige Kindermilchanstalten im Inland und Ausland, deren Statistiken natürlich für sie sprechen. Die Frage, welche Nahrung zur Verteilung kommen soll, wird leider vorläufig vom Verfasser nicht beantwortet. Die Verteilung in Einzelportionen behält doch nur dann ihren Vorteil, wenn die Nahrung trinkfertig ist, also von vornherein den Bedürfnissen des Kindes entsprechend ausgewählt wird. Damit ist ohneweiters die Notwendigkeit ärztlicher Ueberwachung der Kinder, die Ref. allen anderen Maßnahmen voranstellt und die Verf. im Schlußpassus nebenbei erwähnt, begründet.

Wenn durch die Begründung von Kindermilchanstalten die ärztliche Ueberwachung der durch die Wohlfahrtspflege unterstützten Kinder eingeführt wird, dann erst werden die Anstalten ihren Zweck erfüllen, sofern auch für die Brustkinder in zweckentsprechender Weise gesorgt wird.

Keller.

Aust. *Die gesundheitlichen Gefahren der Milchversorgung und die Notwendigkeit einer strengeren Milchkontrolle.* (D. Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, 35. Bd., 4. Heft.)

Die gefällige Darstellung wird auch den entschädigen, dem die Arbeit nichts Neues bringt. Hohlfeld (Leipzig).

Berichte.

British Medical Association, Swansea, Juli 1903.

Sektion für Kinderheilkunde.

Lees (D. B.) eröffnet die Diskussion über Pathologie und Therapie der Chorea.

Er fand Chorea stets mit jener Toxaemie vergesellschaftet, die gemeinhin Rheumatismus genannt wird. Jede Art von „rheumatischen“ Erscheinungen kann Chorea begleiten: Tonsillitis, Arthritis, Erythema nodos., Herzdilatation, Endocarditis, Pericarditis, Pleuritis. Auch in Fällen, wo man diese Begleiterscheinungen nicht nachweisen kann, kommt häufig späterhin eine „rheumatische“ Attacke zur Beobachtung. Bei jedem Fall von Chorea sollte daher eine rheumatische Aetiologie vermutet und deshalb in diesem Sinne behandelt werden, im Hinblick auf die Gefahr des Entstehens von ernsteren organischen Herzaaffektionen unter unseren Augen. Die Behandlung mit Salizyl und Alkalien hat sich nicht so wirksam erwiesen, wie zu hoffen wäre, hauptsächlich weil zu kleine Dosen gegeben wurden. Werden dagegen große Dosen verabreicht, so tritt, namentlich in akuten Fällen, rasch eine deutliche Besserung ein. Bei Kindern von 6 bis 10 Jahren sollte zuerst 0·65 g Natr. salicyl. mit 1·3 Natr. bicarb. gegeben werden. Nach 2 bis 3 Tagen ist die Dosis auf 1 bis 2 g zu steigern. Zwei oder drei Tage später, wenn nötig, verschreibe man 1·3 resp. 2·6 g. Diese Dosen sollen alle zwei Stunden während des Tages verabreicht werden, alle drei Stunden im Verlaufe der Nacht, also 10mal innerhalb 24 Stunden, so daß im Ganzen zuerst 6·65 g pro die zur Anwendung gelangen, späterhin 10, beziehungsweise 13·3 g! Natürlich ist hierbei sorgfältig auf Symptome zu achten, welche eine Salizylvergiftung ankündigen, namentlich auf jene eigentümlichen tiefen Inspirationen, die dem „Lufthunger“ bei Diabetes gleichen. In diesem Fall ist wegen bestehender Gefahr die Medikation sofort zu unterbrechen. Uebrigens ist dies selten zu befürchten, wenn nur eine genügende Menge von Natr. bicarb. mit dem Salizyl kombiniert wird. Gerade die bei Erwachsenen häufig beobachteten Salizyl-intoxikationserscheinungen: Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Kopfschmerz, psychische Störungen, Delirien kommen bei Kindern selten vor. Jedes choreatische Kind soll eine Zeit lang, ungeachtet der Schwere des Falls, im Bett gehalten werden.

Ashby (H.) gibt wohl zu, daß viele Fälle von Chorea „rheumatischer“ Natur sind, keineswegs gelte dies aber für alle. Wenn der Zusammenhang mit Rheumatismus feststeht, empfehle sich die Salizylbehandlung, jedoch nicht in den heroischen Gaben, die Dr. Lees angebe, sondern höchstens 2·65 bis 4 g, eine Dosis, welche ebenso wirksam und dabei gefahrlos sei. Fisher (T.) teilt statistische Angaben über das Zusammentreffen von Herzklappenläsionen mit Chorea aus der Spitalspraxis mit. Ungefähr die Hälfte der Choreatischen zeigt sich innerhalb 1 bis 2 Jahren mit auskultatorisch nachweisbaren Klappenfehlern behaftet. Es ist zu berücksichtigen, daß in Fällen, wo rheumatische Aetiologie nicht nachweisbar ist, auch nur geringe Gefahr besteht, daß Herzaaffektionen auftreten. Wenn also während der ersten Attacke von Chorea keine

Symptome von seiten des Herzens sich geltend machen, so besteht die größte Wahrscheinlichkeit, daß sie auch bei späteren Choreaanfällen ausbleiben.

Poynton (J. S.) glaubt sich zur Annahme berechtigt, daß hinsichtlich der Pathologie der Pia mater große Bedeutung zukomme, sowohl in Erwägung der Häufigkeit begleitenden Kopfschmerzes als wegen der Analogie, die zwischen dieser Membran und anderen serösen Häuten besteht. Er denkt hiebei an die tuberkulöse Meningitis, welche, abgesehen von dem Ausgang und der verschiedenartigen Infektionsquelle, ebenfalls so außerordentlich geringe Zeichen ihrer Anwesenheit manifestiere. Die derzeit feststehenden bakteriologischen Tatsachen sind in Kürze folgende: 1. Mikroorganismen der Streptokokkengruppe wurden bei rheumatischem Fieber isoliert. 2. Sie wurden aus der Zerebrospinalflüssigkeit und selbst aus dem Gehirn bei Chorea isoliert. 3. Sie wurden in der Pia mater und im Gehirn nachgewiesen. 4. Nach intravenöser Injektion mit solchen Mikroorganismen konnten bei Kaninchen unwillkürliche Bewegungen von besonderer Art hervorgerufen werden. 5. Identische Bakterien wurden bei anderen rheumatischen Läsionen des Menschen gefunden und waren geeignet, rheumatische Läsionen bei Tieren zu erzeugen. 6. Chronische Leptomeningitis wurde von Dana bei Chorea beobachtet.

Cautley (E.) schließt aus dem Fehlen der Hyperpyrexie bei Chorea, daß es sich dabei nicht einfach um eine Art von rheumatischer Infektion handeln könne.

Carpenter (G.) bemerkt, er habe einen Fall von Hyperpyrexie bei einem dreijährigen choreatischen Kind beobachtet. Er habe ausgedehnten Gebrauch von der Arseniktherapie gemacht, ohne viel Erfolg davon gesehen zu haben und vertraue mehr auf Antipyrin.

Ewart (W.), Thompson (G. J. C.), O'Sullivan (M.) und Logan (J. K.) beteiligten sich ebenfalls an der Diskussion.

Burghard (J. J.) eröffnete eine Diskussion über kongenitale Hüftgelenksluxation.

Die zwei Hauptfaktoren für das Zustandekommen der kongenitalen Hüftluxation bilden die Beschaffenheit des Acetabulums und die Veränderungen der Kapsel. Das Acetabulum, anstatt eine halbkugelige nach abwärts, auswärts und vorwärts gerichtete Vertiefung darzustellen, bildet eine dreieckige, seichte, fast direkt nach auswärts gerichtete Fläche. Der obere Rand insbesondere, welcher normalerweise die Rolle einer Prominenz spielt, welche den Kopf des Femur zurückhält, ist sehr defekt und daher ungeeignet, seine Funktion auszuüben. Das Acetabulum wird in dem Maße seichter als das Kind älter wird, im Alter von 16 Jahren reicht es gerade hin, den Finger aufzunehmen, wenn das Gelenk hineingelegt wird. Die Veränderungen der Kapsel sind ganz entsprechend und von gleicher Bedeutung. Jene Partie der Kapsel, welche den Femurkopf in seiner falschen Stellung umgibt, hängt oft mit dem Hof des Acetabulums durch einen verhältnismäßig kurzen Strang zusammen, und die vordere Portion der Kapsel kann so verdickt sein, daß es ein Dach über dem Acetabulum bildet. Diese Kapselveränderung kann, wenn sie einst durch die blutige Operation beseitigt wird, das Remplacement des Kopfes in das Acetabulum verhindern, oder der verdickte Kapseldeckel kann zwischen Kopf und Acetabulum eingeklemmt werden in Fällen, wo die unblutige Reduktion anscheinend erfolgreich — ein Zustand, der natürlich leicht wieder zur Luxation führt. Auf Grund dieser zwei Momente diskutiert der Autor die verschiedenen Methoden der Reduktion, wobei er zu folgenden Schlußsätzen gelangt: 1. Alle Fälle müssen radiographisch untersucht werden und nur eine wirklich anatomische Reduktion darf als Heilung angesehen werden. 2. Alle Fälle kongenitaler Dislokation unter dem 14. Lebensjahr sollten der Behandlung unterzogen werden. In der großen Mehrzahl der Fälle ist Besserung zu erzielen, während in einigen eine wirklich anatomische Heilung erreicht wird. 3. In allen Fällen soll zuerst die Methode von Lorenz zur Anwendung gelangen. Selbst wenn dieselbe erfolglos bleibt, erleichtert sie die weiteren Prozeduren. 4. Die Aussicht auf Erfolg durch die unblutige

Methode von Lorenz steht in geradem Verhältnis zur Jugend des Kindes, nach dem 4. Lebensjahr ist wenig Aussicht auf wirklichen Erfolg. 5. In manchen Fällen sind die Chancen des Lorenzschen Verfahrens nicht sehr groß. 6. Die offene Operation hat zur Anwendung zu kommen, wenn das Röntgenogramm zeigt, daß die unblutige Methode nicht zur Beseitigung der Dislokation geführt hat, ausgenommen vielleicht in Fällen, wo es sich um Kinder unter 3 Jahren handelt; dort kann das Verfahren wiederholt werden. 7. Bei der blutigen Operationsmethode ist Chok, Blutung oder Sepsis nicht zu befürchten. 8. Unter keinen Umständen dürfen die Gelenkflächen umgeformt werden. 9. Die blutige Operation führt mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Heilung, weil sich der Chirurg zweifellos versichern kann, daß der Femurkopf wirklich im Acetabulum liegt. 10. Die offene Operation ist besonders indiziert in Fällen über dem 4. Lebensjahr und bei bilateraler Dislokation. 11. Nach der Operation soll die Extremität fixiert werden, zumeist ähnlich wie bei dem Verfahren von Lorenz. Die Extremität ist sofort in plaster of Paris zu legen, Verband in gebeugter Kniestellung; das ist nötig, um Stellung des Femur zu sichern. Alle Stränge sind zu tenotomieren, entweder eine Woche vor der Operation oder unmittelbar vorher. Die Nachbehandlung ist dieselbe wie bei Lorenz.

Smith (Noble) zeigt Radiogramme von Fällen, die unblutig operiert wurden. Obzwar das praktische Resultat zumeist gut war, so zeigt sich doch, daß in vielen Fällen die Heilung nicht im anatomischen Sinne perfekt zu nennen ist.

Jones (Robert) sagt, er verbleibe bei dem Verfahren von Lorenz, wiewohl es in verschiedenen Fällen erfolglos war und operierte nur ganz ausnahmsweise blutig.

Jubby (A. H.) zeigt sich von dem Behandlungsverfahren selbst bei jungen Kindern durchaus nicht befriedigt. Die Gefahren bei der unblutigen Operation sind nicht gering zu schätzen. Frakturen, Zerrung des Ischiadikus, Rupturen der Femoralarterien, Gangrän und Todesfälle sind vorgekommen. Diese Gefahren sind größer als die Gefahr der Sepsis bei der blutigen Operation, weil man im Dunklen tastet und über die exakte Stellung des Femurs nicht hinreichend orientiert ist selbst bei Anwendung des Röntgenverfahrens.

Raw (Nathan) eröffnet die Diskussion über die Tuberkulose im Kindesalter und ihre Beziehungen zur Rindertuberkulose.

Autor akzeptiert Kochs Standpunkt, daß menschliche und Rindertuberkulose verschiedene Krankheiten sind und daß es fast unmöglich ist, allgemeine Tuberkulose beim Tier zu erregen durch Inokulation von Bazillen aus dem Sputum des Menschen. Andererseits sah er vieles, was in ihm die Ueberzeugung erweckte, daß Rindertuberkulose häufig auf Kinder durch Milch übertragen werde, so daß der Mensch von zwei verschiedenen Arten der Tuberkulose infiziert werden könne, einerseits durch Uebertragung von Mensch zu Mensch vermittels Bazillen, die im Sputum der Erwachsenen gefunden werden; andererseits durch Ansteckung mittels der Bazillen der Rindertuberkulose auf dem Wege der Milch oder des Fleisches, wodurch jene Formen der Tuberkulose produziert werden, wie man sie gewöhnlich bei Kindern beobachtet, ulzeröse Darmaffektionen, Tuberkulose der Mesenterialdrüsen, tub. Peritonitis, Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Autor verweist auf die Seltenheit der primären Lungenphthise bei Kindern und betont, daß, während bei Erwachsenen die Zahl der Todesfälle durch Abdominaltuberkulose stetig abfällt, die Zahl derselben bei Kindern zunimmt, ein Faktum von großer Wichtigkeit, wenn man sich erinnert, daß die Rindertuberkulose in England rapid zunimmt. Nach Angabe hervorragender Veterinärärzte gehen über 20% der Rinder an Tuberkulose zugrunde. Nach seiner eigenen klinischen und pathologischen Erfahrung treten bei Kindern, die an *Tabes meseraica* sterben, die Frühsymptome von Seite des Darms auf und erst in späteren Stadien konnte Lungeninfektion mit Sicherheit erwiesen werden. Bei Nekropsieen fand er, daß die tuberkulöse Affektion fast stets in die Mesenterialdrüsen fortschritt, und auch die Beobachtungen anderer Autoren, Ashby, Still, Woodhead, zeigten, daß in der Mehr-

zahl der Fälle bei an Darmtuberkulose verstorbenen Kindern gerade die Mesenterialdrüsen hervorragend betroffen waren.

Uebergend auf die bakteriologische Seite der Frage behauptet der Autor, daß, obgleich die Bazillen der Rinder- und der menschlichen Tuberkulose morphologisch identisch sind und unter dem Mikroskop nicht differenziert werden können, doch die Kulturen sich verschieden verhalten. Er machte solche von einem Falle von *Tabes meseraica* und beobachtete zu seinem Erstaunen, wie das Wachstum ganz dem der Rindertuberkulose oder Perlsucht entsprach. Ebenso konnte bei einer Kultur von Gelenktuberkulose dasselbe beobachtet werden. Autor inokulierte zwei junge Kühe mit dem Eiter von Gelenktuberkulose. Beide wurden mager und schwindsüchtig; nach vier Wochen wurden sie geschlachtet. Bei der Sektion fand man bei jedem Tier ausgesprochene Schwellung der Mesenterialdrüsen, aber keine Affektion der Organe. Tuberkelbazillen wurden bei beiden Kühen in den Drüsen nachgewiesen.

Autor wiederholt seine Ansicht auf Grund klinischer und pathologischer Erwägung, daß menschliche und Rindertuberkulose verschiedene Arten der Krankheit darstellen, wie Koch zeigte, aber daß der menschliche Organismus für beide empfänglich ist, für Rindertuberkulose namentlich in den frühen Lebensperioden.

Reid (Douglas A.) zitierte statistische Berichte aus Indien, welche Raws Anschauungen über Natur und Ursprung der Tuberkulose bestätigen. Nach dieser Statistik ergab sich, daß dort, wo das Fleisch und die Milch der Rinder vom Volke nicht viel benützt wurde, und besonders wo die Kuhmilch nur gekocht von Kindern genossen wurde, tuberkulöse Erkrankungen äußerst selten vorkamen.

Fisher (Theodor) behauptet, daß nach seiner Erfahrung die Eingangspforte der Kindertuberkulose in der großen Mehrzahl der Fälle in den Bronchialdrüsen liegt, und daß die Ausdehnung der Infektion von den Mesenterial- zu den Bronchialdrüsen äußerst selten zustande kommt.

Cautly (Edmund) gibt der Meinung Ausdruck, daß die Statistiken, auf welche Raw seine Lehre basiert, nämlich auf die Zahl der Todesfälle durch *Tabes meseraica*, außerordentlich unzuverlässig sind. Dieselben leiten ganz irre, denn fast alle Fälle, die unter dieser Diagnose subsumiert werden, sind nichts anderes als Fälle von Marasmus, infolge von Diarrhöen, Erbrechen, unzureichender Nahrung, ohne direkt mit Tuberkulose zusammenzuhängen. Auch glaube er nicht, daß 20–30% der englischen Kühe tuberkulös sind. Selbst aber, wenn diese Ziffer der Reaktion auf Tuberkulin entspreche, so sei damit noch nicht der Beweis der Infektiosität der Milch erbracht. Hinsichtlich der Frage nach Bezug auf die Infektion auf dem Wege der Intestinaltrakts gegenüber der Infektion auf dem Wege der Lungen, zitiert Autor die Ergebnisse von 27 Nekropsien bei tuberkulöser Meningitis bei Kindern. In 25 Fällen wurde der Zustand der Mediastinal- und Mesenterialdrüsen untersucht; in nicht weniger als 23 Fällen waren eine oder mehrere Mediastinaldrüsen käsig. In vier von diesen 23 Fällen waren auch die Mesenterialdrüsen käsig, aber in keinem einzigen waren sie es allein.

Carpenter (George) teilt mit, daßer zwei Fälle von primärer Abdominaltuberkulose bei Brustkindern beobachtet habe, eine Erfahrung, die Raw geradezu widerspricht, da dieser behauptet, nicht einen einzigen Fall zu kennen, wo nicht die Infektion durch Kuhmilch erfolgte. Nach seiner Ansicht kämen zwar Fälle von primärer Abdominaltuberkulose vor, jedoch finde die Infektion viel häufiger auf anderen Wegen statt.

Lane (W. Arbuthnot), Mackenzie (John), Symes (W. Langford) und Eules (W. Mc. Adam) nahmen gleichfalls an der Diskussion teil.

Melland (Manchester).

Bericht über die XV. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln am 8. November 1903.

Maas (Aachen): Hörstummheit. Das Ausbleiben der Sprachentwicklung bei Kindern trotz ausreichenden Gehörs nennen wir Hörstummheit. Coen sieht die Ursache der Hörstummheit in erblichen Verhältnissen, Alkoholmißbrauch seitens der Eltern und Kinder, Ehen unter Blutsverwandten, traumatischen und psychischen Einwirkungen. Bolzmann nimmt für einen Teil der Fälle psychische Hemmungen an, hervorgerufen durch verunglückte Sprechversuche, für einen anderen Teil macht er die adenoiden Vegetationen verantwortlich. Treitel und Liebmann führen die Hörstummheit auf Defekte der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses zurück. Der Vortragende schließt sich der Anschauung der beiden letzteren Autoren an. Den adenoiden Vegetationen ist nur eine geringe Bedeutung für die Entstehung der Hörstummheit beizumessen; ebenso wenig konnten psychische Hemmungen konstatiert werden. Man kann drei Formen der Hörstummheit unterscheiden: 1. Die sogenannte motorische Form, bei der vollständiges Sprachverständnis vorhanden ist; 2. die motorisch-sensorische Form, bei der Sprachverständnis nur für einzelne Worte (aber nicht für ganze Sätze) vorhanden ist; 3. die sensorische Form oder psychische Taubheit, bei der trotz ausreichendem Gehör keine Spur von Sprachverständnis nachzuweisen ist. Die Diagnose gründet sich auf eine eingehende Untersuchung sämtlicher zentraler Fähigkeiten. Differentialdiagnostisch kommt Taubstummheit und idiotische Stummheit in Betracht. Die Prognose richtet sich im wesentlichen nach dem Grade der geistigen Defekte. Die Behandlung besteht in der Entwicklung der einzelnen Laute, eventuell unter Benützung bestimmter Handgriffe, ferner in der Ausbildung sämtlicher zentraler Fähigkeiten. Die Dauer der Behandlung ist bei täglich halbstündiger Konsultation auf 4 bis 5 Monate zu berechnen. (Der Vortrag ist in den „Würzburger Abhandlungen“, III. Bd. Heft 11, erschienen.)

Im Anschluß an den Vortrag wurde ein hörstumpes Kind demonstriert. Es handelte sich um einen sechsjährigen Knaben, der bis vor einigen Monaten nicht sprechen konnte. Die spontane Sprache bestand beim Eintritt in die Behandlung in den Worten: Mama, Papa, Fautä (Gertrud). Eine Untersuchung der zentralen Fähigkeiten ergab Defekt des optischen Gedächtnisses und der optischen Aufmerksamkeit. Bei der Behandlung trat der Gedächtnisdefekt in besonderem Maße hervor. Der Knabe war ursprünglich nicht in der Lage, einen einzelnen Laut, den er eben nachgesprochen hatte, aus dem Gedächtnisse zu wiederholen. Die Sprachentwicklung ist jetzt soweit gediehen, daß der Knabe kleine Sätze sprechen kann.

Rey (Aachen): Enuresis bei Kindern (mit Ausschluß der auf Idiotie, Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen basierenden Fälle). In einer Reihe eigener Beobachtungen sucht Rey darzulegen, daß die Enuresis nocturna der Kinder sehr häufig in Verbindung mit Pollakiurie und Enuresis diurna vergesellschaftet vorkomme und daß sie in den meisten Fällen ein Symptom noch bestehender Zystitis sei oder doch die Folge von Reizzuständen der Blase, wie sie nach überstandener Zystitis auch bei Erwachsenen fast regelmäßig noch nach Jahren bestehen, bleiben oder wie sie durch Anomalien des Urins (Ammoniakharn bei Säureintoxikation, starker Harnsäuregehalt, Phosphaturie, Harngries) hervorgerufen werden. Alle für die Erklärung dieser im Kindesalter so häufigen und hartnäckigen Erkrankung als einfache Funktionsstörung angezogenen Gründe sprechen noch vielmehr für eine bestehende Zystitis oder doch für die nach abgelaufener Zystitis verbleibende Reizbarkeit der Blase. Insbesondere bespricht er die Häufigkeit des Vorkommens und die leichte Möglichkeit des Uebersehens einer Kolizystitis, die Häufigkeit des Ammoniakharns infolge Säureintoxikation und deren Folgezustände. Selbst ganz klarer Urin beweise nichts gegen die Annahme einer abgelaufenen Zystitis und restierender

Empfindlichkeit der Blase; die häufige Anwesenheit von Schleim in dem ganz klaren Urin spreche sehr dafür. Allerdings spiele das psychische Moment auch eine Rolle dabei, es bestehe jedoch in den aus Zystitis entstandenen Enuresisfällen vielfach nur in der mangelnden Gewöhnung, in der Gewohnheit, im Schmutz zu liegen, die aus der anfänglichen Unfähigkeit im Säuglingsalter bei bestehender Zystitis sich entwickle und auch später verbleibe, unterhalten durch die verbleibende Reizbarkeit der Blase. Ein intensiver psychischer Einfluß, Katheterisierung, elektrischer Strom in ano oder in der Urethra, Operation adenoider Vegetationen vermöge, zumal bei schon älteren Kindern, die bestehende Gleichgültigkeit zu beseitigen, falls die Blasenkrankung geschwunden oder nur sehr gering sei. Daß längerer Spitalaufenthalt, besonders längere Bettruhe und gleichmäßige reizlose Diät im Spital eine Zystitis und daher auch eine sonst unheilbare Enuresis zeitweise oder auch für immer beseitigen könne, sei außer Zweifel, spreche aber keineswegs für monosymptomatische Hysterie.

Diskussion.

Ungar (Bonn) weist darauf hin, daß die adenoiden Vegetationen häufig die Ursache der Enuresis seien und nach deren Entfernung verschwinde die Enuresis nicht selten sofort.

Paffenholz hat nicht so häufig wie der Vortragende greifbare pathologische Veränderungen des Harnes gesehen und meint, daß die meisten Fälle von Enuresis ohne solche bestehen.

Selter möchte den Begriff des Wortes Enuresis enger fassen u. zw. nur für die auf nervöser Basis beruhenden. Das sind die Fälle, die nur nach Jahren und allerhand vorherigen Behandlungen (auch nach Entfernung der Adenoiden) bestehen und psychisch behandelt (Suggestion) langsam heilen.

Dreher hat jeden Fall von Enuresis auf adenoide Vegetationen untersucht und sie fast immer gefunden. Er konnte jedoch nie eine unmittelbare Wirkung der Operation feststellen. In manchen Fällen verschwand allerdings die Enuresis, aber erst nach längerer Zeit, so daß ein Zusammenhang nicht recht anzunehmen war. Er führt jede unmittelbare Wirkung, die nach der Operation der Adenoiden oder nach anderen Eingriffen (Prostatamassage, Faradisation etc.) auftreten soll, auf psychischen, d. h. suggestiven Einfluß zurück.

Rey (Schlußwort) weist darauf hin, daß auch klarer Urin vermehrte Harnsäure enthalten, im Sediment reichlich Schleim vorhanden sein könne, aber selbst beim Fehlen jedes Befundes könne die von früherer Zystitis restierende Reizbarkeit bestehen. Eine Einengung des Begriffes Enuresis im Sinne Selters ist, so lange die Aetiologie der Enuresis nicht in jedem Falle ganz einfach und klar, kaum möglich. Obschon Rey gewiß auf die adenoiden Vegetationen in jedem Falle geachtet hat, so ist ihm ein besonderer Einfluß derselben kaum aufgefallen.

Heimann (Solingen) berichtet über eine Epidemie eines akuten Exanthems, das im Frühjahr 1903 in Solingen beobachtet wurde. Das Exanthem begann im Gesicht, bevorzugte die Wangen und die Streckseite der Extremitäten. Die Wangen waren in diffuser Weise gerötet, an der Peripherie der diffusen Rötung waren kleinere rote Flecke sichtbar. Auf der Streckseite der Extremitäten entwickelten sich blaß-bläulichrote Flecke, die stellenweise konfluieren. Das Exanthem blieb 8 Tage lang bestehen. Allgemeinbefinden war ungestört, nur manchmal im Beginn leichte Temperatursteigerung und geringe Rötung des Rachens. In mehreren Fällen konnte festgestellt werden, daß die verschiedenen Geschwister miteinander erkrankten. Das Exanthem gehört in die Gruppe des von Tschamer, Tobnitz, Sticker, Schmidt und vielleicht auch Tripke beobachteten Exanthems. Es ist von praktischer Bedeutung wegen der Möglichkeit einer Verwechslung mit Masern und Scharlach und wird von Heimann wegen der Ähnlichkeit mit den Masern mit dem Epitheton „morbilliforme“ belegt. *Erythema infectiosum morbilliforme*.

Diskussion: Kaup, Alsborg, Selter.

Dreher (Düsseldorf): Ueber Tics im Kindesalter und ihre Behandlung. Unter Mitteilung einiger Krankengeschichten erklärt Votr. zunächst das Wesen der Tics an der Hand der neueren Literatur (Oppenheim, Brissaud, Meige, Feindel usw.). sodann hebt er die charakteristischen Unterschiede zwischen dem echten „Tic“ und „Krämpfen“ hervor, die vielfach „Tic convulsiv“, „rotatoire“ etc. genannt werden und geht endlich zu seinen Beziehungen zu anderen Erkrankungen, insbesondere Hysterie und Neurasthenie über. Zum Schluß bespricht er die von Brissaud eingeführte Behandlungsweise mittels Spiegelkontrolle, die im Wesentlichen auf Kräftigung des Willens der Erkrankten sowie auf Unterweisung, wie sie ihre Bewegungen unterdrücken, kontrollieren und korrigieren, hinausläuft. Als Beispiel dieser Behandlung dient ihm die Schilderung der Heilung eines Falles von Blinzeltic aus seiner Praxis.

Paffenholz hält die beschriebenen Zustände für die Folgen der Gewohnheitsbewegungen innerhalb physiologischer Grenzen, wie auch bei Erwachsenen sich für viele automatische Handlungen psychomotorische Leitungsbahnen spezifischer Art „ausschleifen“. Im Kindesalter kommen zwei begünstigende Momente hinzu: die vielleicht größere Empfänglichkeit des Nervensystems für die Bildung solcher Leitungsbahnen und die geringere Widerstandskraft des Willens gegen deren Leitungen.

Rey weist darauf hin, daß Blinzeltic sehr häufig die Folge einer noch bestehenden Konjunktivitis sei und dann, wenn er nach deren Beseitigung verschwinde, kaum zu den Tics gerechnet werden könne.

Ungar erwähnt eine Reihe von Fällen, wo Kinder kurz nach dem Einschlafen beständig den Kopf mit ziemlicher Gewalt gegen die Bettlade anschlugen und, nach Aufwecken aufmerksam gemacht, sobald sie wieder eingeschlafen, diese Bewegung automatisch wieder aufnahmen.

Alsberg teilt mit, daß die von Ungar bezeichnete Form von Crudet beschrieben ist und fragt Dreher, ob und inwieweit Gymnastik in der Therapie der Ticfälle angewendet ist.

Weyl (Düsseldorf) hat einen, dem von Ungar besprochenen ähnlichen Fall beobachtet. Achtjähriger Knabe, der im Schläfe fortwährend Spasmus nutans ähnliche Schüttelbewegungen des Kopfes machte, die so heftig waren, daß das Kopfkissen aus dem Bette geworfen wurde und erst nach Anlegung eines fixierenden Verbandes nach zirka zwei Monaten schwanden. Zu dieser Art von Tics gehört auch wohl das so häufig vorkommende Zähneknirschen im Schläfe bei älteren Kindern.

Mayer (Köln): Zu einer Art „Tic“ in dem Sinne, wie ihn Kollege Dreher beschrieben hat, möchte ich auch das gewohnheitsmäßige Rauchen rechnen. Ich glaube, daß uns hiezu ebensosehr wie die Sucht nach dem Nikotin die uns lieb gewordenen Bewegungen treiben.

Lamm (Köln): Mit Rücksicht darauf, daß die Behandlung des Kindes mit Tic in der Hauptsache eine psychische ist, diese Kinder aber andererseits aus Familien stammen, die entweder selbst neuropathisch veranlagt oder doch nicht energisch genug sind zur Erziehung, erscheint es mir wesentlich, diese Kinder in eine veränderte Umgebung zu bringen, etwa in Kindersanatorien.

Für den abwesenden Behr demonstriert Selzer zwei fibrös-zystisch entartete Nieren. Bei einem Kinde, das keine sonstigen krankhaften Erscheinungen darbot, fanden sich gleich nach der Geburt in der rechten und linken Unterbauchgegend je ein faustgroßer, wenig verschieblicher Tumor. Gewicht bei der Geburt 3100 g. bei dem nach sechs Wochen erfolgten Tode 2160 g. Bei der Sektion stellten sich die Tumoren als vergrößerte Nieren heraus. (Maße: Linke Niere 8/3, 5/2, rechte etwa 1 cm kürzer, schmaler, dicker.) Farbe der Nieren graurot, fötale Furchung, derbe Konsistenz, Kapsel stellenweise adhärent, auf der Oberfläche stecknadelknopfgröße und größere helle Zysten, auf dem Durchschnitte Zeichnung verwaschen, weiße unregelmäßige Streifen, Zysten, Papillen stumpf, Becken fibrös verdickt, weit. Nierengefäße ohne Besonderheit. Rechter Urether im oberen Abschnitte weit, in der Mitte verengert, aber durchgängig, linker Urether normal. Mikroskopisch starke interstitielle Binde-

gewebswucherung, zystische Entartung der Kapselräume, weniger der Harnkanälchen, wohl bedingt durch die interstitielle Nephritis. Ein von Arnold in „Ziegler's Beitr. z. path. Anatomie“, VIII, 1890, mitgeteilter Fall einseitiger Nierenschwumpfung zeigt Aehnlichkeit mit dem mikroskopischen Bilde des vorliegenden.

Diskussion.

Alsberg (Kassel) berichtet über eine Beobachtung, bei der er auf der rechten Seite eine zystische Degeneration fand, die die Form der Nephritis papillaris darbot, links hingegen die der adenomatösen Bildung. Rechts Erweiterung mit nachfolgender Stenose, fernerhin eine Atesia uretrovaginalis rechts, uretrouterina links, atesia vaginalis et alvi.

Selter: Die Stenose des einen Urethers kann für die kleinzystische Degeneration beider Nieren nicht herangezogen werden. Ueberhaupt ist diese Form der zystisch-fibrösen Entartung nicht der entsprechend, die Alsberg zitiert, und die als Folge der stenotischen Verengung anzusehen ist.

Rey demonstriert darauf ein unter dem Namen Lili put eingeführtes Phonendoskop, das für den Kinderarzt besonders eine ganz enorme Erleichterung und Verschärfung der Auskultation bedeutet. Bei einer großen Handlichkeit, geringem Volumen, Einfachheit und billigem Preise (M. 5.—) ermöglicht es, in stets bequemer Stellung des Untersuchenden den ganzen Thorax, Supra- und Infraklavikulargruben, Achselhöhle, auch die Herzostien aufs Genaueste zu auskultieren, ohne den Patienten aus dem Auge zu lassen und ohne ihn aufzuregen. Nebengeräusche im Apparat entstehen bei ruhigem Halten gar nicht, Geräusche der Umgebung oder Schreien des Kindes stören bedeutend weniger als bei direktem Auskultieren oder mittels Stethoskop. Die zu auskultierenden Geräusche sind bedeutend verstärkt, ohne in ihrem Charakter verändert zu erscheinen. Wer das in der Tasche leicht transportable Instrument einmal kennt, wird es nicht mehr entbehren wollen.

Rey (Aachen).

Erste Konferenz der Gesellschaft zum Schutze abnormer Kinder.

Brüssel, 25. Oktober 1903.

Gleich analogen Gesellschaften anderer Länder hält die Société protectrice de l'enfance anormale (gegründet den 17. Mai 1901 zu Brüssel unter der Präsidentschaft des Staatsministers Lejeune) periodisch Konferenzen ab, um über alle jene Fragen und Arbeiten zu diskutieren, welche sich auf das Schicksal der abnormen Kinder beziehen. Die erste dieser Konferenzen wurde Sonntag den 25. Oktober abgehalten.

Nach der Begrüßung durch Minister Lejeune behandelte Advokat Jaspas die Frage der abnormen Kinder vom sozialen Standpunkte; er zeigt, daß diese Frage zu den sozialen Pflichten gehört — das Erwachen des sozialen Bewusstseins kündigt sich bereits durch die Äußerung der Humanität an — aber daß es auch im Interesse der Gesellschaft liegt, sich mit den abnormen Kindern zu befassen, indem man für ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten angemessene Erziehung sorgt und sie hindert, ein antisozialer Faktor zu werden.

Tobie Jonckheere, Lehrer an der Brüsseler Schule für Spezialunterricht (Hilfsschule), setzt sodann auseinander, worin der Spezialunterricht in Belgien derzeit besteht und wie er beschaffen sein sollte. Zum Schluß proponiert er der Versammlung eine an die Regierung zu übermittelnde Resolution, worin der Wunsch nach Schaffung von Spezialschulen (Hilfsschule) oder Spezialklassen (Hilfsklasse) für die abnormen Kinder ausgesprochen wird.

In der Nachmittagssitzung spricht Levoz über Besserungsanstalten. Dieselben waren vor der königlichen Verordnung vom 7. Juli 1890, die von Minister Lejeune inspiriert wurde, nur Korrektionshäuser (Zwangsanstalten.) Seitdem ist ihre Organisation gänzlich verändert, man bemüht sich, zu erziehen, die Moralität zu heben. Trotzdem aber ist das System weit entfernt davon, vollkommen zu sein. Man sollte die Kinder in Gruppen einteilen, sie klassifizieren auf Grund einer von Spezialärzten vorgenommenen gründlichen Untersuchung, und bei ihnen ein System der Erziehung und des Unterrichts anwenden, der ihrem Zustand entspricht. Herr De Moor behandelt das gleiche Thema unter einem anderen Gesichtspunkt; er beschreibt das System, welches in England angewendet wird, und die ausgezeichneten Resultate, welche damit erzielt wurden; Redner bekämpft unser System, das nur zum geringsten Teile der medizinisch-pädagogischen Wissenschaft und den modernen Ideen entspricht. Er wünscht die Gründung von zentralen Beobachtungsschulen, in welchen jedes undisziplinierte oder renitente, der Korrektur bedürftige Kind überwacht und studiert werden solle, um es dann in diejenige Spezialschule zu schicken, die dem individuellen Zustande entspricht. Die Verammlung votiert die Uebermittlung beider Referate an den kompetenten Minister.

Dr. Boulenger tritt auf Grund von persönlichen und in der Fremde, besonders in Paris, gemachten Erfahrungen dafür ein, daß die Unterbringung in fremden Familien und Familienkolonien bessere Ergebnisse in der Erziehung der abnormen Kinder zutage gefördert, als der Aufenthalt in der eigenen Familie, sehr oft werde das Kind schlecht, weil es unter dem Einflusse eines ungünstigen Milieus steht.

Dr. Daniel meint, daß, so lange wir keine obligatorische Instruktion besitzen, nichts Ernstliches erreicht werden kann. Im ganzen war somit die erste Konferenz zur Verbesserung des Schicksals der abnormen Kinder fruchtbringend und vielversprechend für die Zukunft.

Detroly (Brüssel).

Besprechungen.

J. Grancher et J. Comby. *Traité des maladies de l'enfance.* I. Bd., II. Aufl. (Paris 1904, Masson & Cie. 1046 Seiten. Frcs. 22.— Preis des ganzen Werkes Frcs. 100.—.)

Das fünfbandige, in erster Auflage von Grancher, Marfan und Comby herausgegebene Werk stellt die Errungenschaften der letzten Jahre auf dem Gebiete der Kinderheilkunde umfassend zusammen und beansprucht schon darum einen hervorragenden Platz in unserer Bibliothek. Der Charakter des Werkes bleibt, wenn auch die Herausgeber eine erheblich größere Anzahl ausländischer Mitarbeiter (40 gegen früher 10) herangezogen haben, doch französisch, und die französische Literatur ist in den meisten Abschnitten mit Vorliebe verwertet.

Jedenfalls zeigt schon der vorliegende erste Band, daß wir es mit einer weitgehenden Umarbeitung zu tun haben, der Stoff ist neu angeordnet, die früheren Kapitel sind den neueren Forschungen entsprechend ergänzt, neue sind eingereiht.

Eine Besprechung der einzelnen Kapitel ist nicht gut möglich, es sei nur darauf hingewiesen, daß der erste Band Physiologie und

Hygiene des Kindes, Infektionskrankheiten, Stoffwechsel und Wachstumskrankheiten (Maladies générales de la nutrition) und Intoxikationen enthält.

Keller.

P. Redard. *Traité pratique de chirurgie orthopédique.* II. Auflage (Paris 1903, Octave Doin, 1052 Seiten.)

In dem vorliegenden Buche gibt Verf. eine erschöpfende und übersichtliche Darstellung des Gesamtgebietes der orthopädischen Chirurgie, wobei ihm eine eigene reiche praktische Erfahrung und die genaue Kenntnis der reichhaltigen Literatur sehr zu statten kommen.

Nach einem Ueberblicke über die Geschichte dieser Disziplin bespricht er Aetiologie, Diagnose, Prognose und Therapie angeborener und erworbener Deformitäten im allgemeinen.

Im speziellen Teile werden das Caput obstipum, die Deformitäten der Wirbelsäule, des Thorax, der oberen und der unteren Extremität behandelt, ferner Deformitäten bei Erkrankungen des Nervensystems und im Anschluß an Frakturen und Luxationen endlich die Kontrakturen und Ankylosen. Ein ausführliches Verzeichnis der orthopädischen Weltliteratur bildet den Schluß des Buches, dessen Lektüre jedem, der sich mit diesem Spezialfache beschäftigt, empfohlen werden kann. Paul Keller (Gnesen).

Franz Hamburger. *Arteigenheit und Assimilation.* Leipzig und Wien 1904. Franz Deuticke. Mk. 1·50.)

Die moderne Entwicklung der Frage der Immunität in der Richtung, wie sie speziell durch die Theorie Ehrlichs bestimmt ist, hat schon mehrfach Gelegenheit gegeben, die sich dabei ergebenden Anschauungen über den Verlauf gewisser biologischer Vorgänge auch auf andere biologische Probleme zu übertragen. Hamburger hat in dem vorliegenden Buch den Versuch gemacht zu zeigen, daß auch das Wesen der Verdauung, Assimilation und Vererbung durch die neu gewonnenen Anschauungen fast restlos erklärt werden kann.

An der Hand treffender Vergleiche und gut gewählter Beispiele führt der Verfasser den Leser ein in das Wesen der Immunitätsreaktion und deren spezifischen Charakter. Der Begriff der Arteigenheit der Zellen verschiedener Spezies und andererseits die durch die Funktion bedingten Eigentümlichkeiten der Zellen derselben Spezies werden fast spielend demonstriert.

Besonders zahlreiche Anregungen bietet das der Assimilation und Ernährung gewidmete dritte Kapitel. Die einzelnen Abschnitte eignen sich nicht zu einer Wiedergabe, die hier nur andeutungsweise erfolgen könnte. Es sei jedoch hingewiesen auf die interessanten Ausführungen des Verfassers über die Notwendigkeit des Abbaues des artfremden Eiweißes, über die Eiweißausscheidung durch die Nieren, über die Unmöglichkeit der passiven Immunisierung durch den Darm, über die Minderwertigkeit der künstlichen Ernährung der Säuglinge und über den Verdauungsapparat als

Schutzapparat gegen das Eindringen artfremder Stoffe, deren Abbau und schließliche Aneignung als Eiweißstoffe mit der Artstruktur des assimilierenden Organismus.

Im vierten Kapitel fügt schließlich Hamburger noch einige Erörterungen über Vererbung in den Rahmen der schon im Vorhergehenden gegebenen Anschauungen. Originelle aber etwas komplizierte Bemerkungen zur Frage der Vererbung väterlicher und mütterlicher Eigenschaften seien daraus besonders hervorgehoben.

Wenn auch gewiß dem Verfasser der Vorwurf nicht erspart bleiben wird, daß er sich vielfach auf spekulativen Boden begeben habe, so wird doch anderseits die historische Anlage und die glänzende Darstellung, die es auch dem den erörterten Fragen Fernstehenden erlauben dürfte, fast mühelos dem Gedankengange des Verfassers zu folgen, sicher allseitig anerkannt werden.

Weigert (Breslau).

I. Ergänzende Literatur-Uebersicht.

I. Lehrbücher, Monographien und kleinere Schriften.

- Badia.** La leche de consumo en Buenos Aires. Estudios bacteriologicos y quimicos. (Die Milch in Buenos Aires.) Buenos Aires 1902, E. Spinelli, 320 S.
- Baumel.** La tuberculose infantile, sa fréquence, ses formes principales, rôle de l'hérédité et de la contagion. Déductions pratiques. Montpellier 1903, 20 S.
- Alfred Baur.** Hygienischer Bilderatlas für Schule und Haus. 26 Tafeln mit erläuterndem Text. Wiesbaden 1903, Otto Nemnich. Die farbigen Tafeln XIII, ansteckende Haut- sowie andere Krankheiten im Kindesalter und XIV, ansteckende Kinderkrankheiten, sind sehr schlecht.
- E. v. Behring.** Tuberkulosebekämpfung. (Vortrag, gehalten auf der 75. Versammlung von Naturforschern und Aerzten in Kassel.) Marburg 1903, Elwert'sche Buchhandlung.
- J. Berninger.** Ziele und Aufgaben der modernen Schul- und Volkshygiene. Winke und Ratschläge für Lehrer, Schulärzte und Eltern. Wiesbaden 1903, Otto Nemnich. Preis Mk. 2.—.
- A. Broca.** Précis de chirurgie cérébrale. Paris 1903, Masson et Cie. 488 S.
- H. Fischer.** Hygiène de l'enfance. Puériculture. Paris 1903, Charles, Frères 350.
- Fournier.** La prophylaxie de la syphilis. Paris 1903, J. Rueff. 558 S.
- J. P. C. Griffith.** The care of the baby. A manual for mothers and nurses, III. Edition. Philadelphia 1903, Saunders. 436 S.
- Max Hackl.** Für Mutter und Kind. München 1903, Deutscher Zeitschriftenverlag, 154 S., Populäre Schrift.
- R. Hecker.** Die Abhärtung der Kinder. Ein Mahnwort und Wegweiser. Halle 1903, Gebauer-Schwetschke. Mk. 1.60 (siehe Referat, Bd. 1, S. 122.).
- Holt.** The diseases of infancy and childhood. 2. Aufl. London 1903, H. Kimpton, 1162 S.
- Macrez.** Formulaire index du praticien pour adultes et enfants. Paris 1903, A. Maloine, 284 S.
- Monti.** Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Heft 19, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane; Heft 20, Krankheiten der Neugeborenen. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

- L. Pfeiffer.** Regeln für die Pflege von Mutter und Kind. III. Teil. Regeln für das Spielalter (2.—7. Lebensjahr). IV. Teil. Regeln für das Schulalter, 107.—110. Tausend. Weimar 1903, H. Böhlau Nachf. Preis à Mk. 1.50.
- Gebäude für Heil- und sonstige Wohlfahrtsanstalten.** Vierter Teil, fünfter Halbband, zweites Heft des Handbuchs der Architektur. 2. Aufl. Stuttgart 1903, Bergsträsser, 292 S. mit 344 Abbildungen und 17 Tafeln. (Darin sind auch berücksichtigt Wöchnerinnenasyle, Sanatorien für skrofulöse Kinder usw.)

II. Aus Zeitschriften und Dissertationen.*)

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

- Bara.** Urobiline dans le sang d'un nouveau-né. *Annal. de méd. et chir. infant.* 15. April 1903.
- Bender und Léri.** De l'atrophie des capsules surrénales chez les foetus anencéphales. *Compt. rend. de la soc. de biol.* 31. Juli 1903.
- Blondel.** Propriétés physiologiques et thérapeutiques d'un sérum retiré du lait. *Rev. de théér. méd.-chir.*, Bd. 70, 1903, S. 361.
- P. Bolognini.** Prelezione al corso di terapia delle malattie infantili. Antrittsvorlesung. *La pediatria*, 1903, Nr. 6. Vergleich zwischen dem Organismus des Kindes und dem des Erwachsenen.
- Cheinisse.** Un projet de vaccination antituberculeuse des nourrissons. *La semaine méd.*, 18. März 1903.
- Cornil.** Sur l'épithélium qui recouvre le glomérule du rein chez le nouveau-né. *Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris*, März 1903.
- Durand-Viel.** Des variations de la pression artérielle au cours de quelques maladies chez les enfants. Thèse de Paris 1903, G. Steinheil.
- A. Epstein.** Ueber die Indikationen Franzensbads für das Kindesalter. *Prager med. Wochenschr.* 1903, Nr. 27.
- Grimm.** Prophylaxis in children. *Post-Graduate*, XVIII, 1903, S. 109.
- A. Josias und L. Tollemer.** La séroration de Vidal chez l'enfant. *Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, Bd. 2, 1903, S. 227 (siehe Referat S. 178).
- Laurent.** De la baignation dans les maladies aiguës de l'enfance. Thèse de Paris 1903.
- Legou.** Quelques considérations sur le développement du foetus. Mensurations et pesées aux différents âges. Thèse de Paris 1903, J. Rousset.
- Leven.** Radioscopie gastrique appliquée à l'étude du séjour des liquides dans l'estomac chez l'enfant. *Gaz. d. mal. inf.* V, 1903, S. 17.
- R. Maggiora.** Il valore immunizante del siero antidifterico in rapporto coi suoi più comuni metodi di dosaggio. (Der Immunisierungswert des Diphtherieheilserums bei den üblichen Dosierungsmethoden.) *Il policlinico, sezione med.* 1903, Nr. 7.
- L. Martin.** Propriétés du sérum antidiphthérique. *Rev. mens. d. mal. de l'enf.*, XXI, 1903, S. 284.
- Minelle.** L'alcool en thérapeutique infantile (maladies aiguës fébriles). Thèse de Paris 1903, H. Jouve.
- Ch. Mongour.** Note sur les injections intraveineuses de sérum antidiphthérique. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 15. März 1903.
- A. Paris.** Contribution à l'étude des modifications sanguines chez l'enfant diphthérique traité par le sérum antidiphthérique (résistance globulaire). Thèse de Paris 1903, J. Rousset.
- Pery.** De la débilité congénitale et acquise des nouveau-nés. Emploi dans son traitement des injections salines principalement par la voie rectale. Thèse de Bordeaux 1903.

*) Von letzteren sind noch einige bereits 1902 erschienene angeführt.

- Raybaud et Vernet.** Globules rouges nucléées dans un cas d'infection généralisée chez le nouveau-né. *Compt. rend. de la soc. de biol.*, 22. Mai 1903.
- Regaud.** Couvercle électrique pour enfants nouveau-nés. *Bull. soc. méd. d. hôp. de Lyon*, 11, 1903, S. 132.
- Sato.** Vergleichende Untersuchungen über die Bogengänge des Labyrinths bei Neugeborenen und beim erwachsenen Menschen. *Inaug.-Dissert.* Rostock, 1903.
- Stretton.** Immunisation relative contre la vaccination observée chez des nourrissons dont les mères avaient été vaccinées au cours de la grossesse. *La gaz. des hôp.*, 19. März 1903.
- Thoyer-Rozat.** Excès de volume du fœtus. Sitzung der soc. d'obstét. de Paris vom 28. Mai 1903. *L'obstétrique*, VIII, 1903, S. 342. Totgeborenes Kind von 9900 g Körpergewicht und 61.5 cm Länge.
- Veverka.** Ueber die Prophylaxe der Augenblennorrhöe bei Neugeborenen durch Protargol. *Die Heilkunde*, Januar 1903.
- L. Voigt.** Bericht über die im Jahre 1902 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung. *Archiv für Kinderheilkunde*. Bd. 37, S. 123.
- E. Weill und Agnel.** Emploi des linges stérilisés contre les infections cutanées des nourrissons. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 10. Oktober 1902. *Rev. mens. d. mal. de l'enf.*, XXI, 1903, S. 123.
- Sérothérapie intraveineuse.** (Revue générale.) *Arch. de méd. des enfants*, Bd. 6, 1903, S. 295.

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung, Schule.

- M. Bibet.** La tuberculose chez les instituteurs. Thèse de Paris 1903.
- Hermann Cohn.** Warum müssen besondere Schulaugenärzte angestellt werden? Vortrag. Dresden, Steinkopff und Springer, 35 S.
- W. Dierks.** Von der Vererbung und ihrer Bedeutung für die Pädagogik. Bielefeld 1903, A. Helmich. Preis Mk. 0.50.
- C. S. Klammer.** Die zurückgebliebenen Kinder in der Volksschule. Bielefeld 1903, A. Helmich. Preis Mk. 0.50. Populäres Schriftchen.
- Leprince.** L'inspection oculaire des écoliers. *Ann. méd. chir. du Centre* III, 1903, S. 50.
- Perrin.** Les enfants teigneux des écoles de Marseille. Nécessité de la création d'une école de teigneux. *Marseille méd.*, Bd. 40, S. 97.
- P. Pinard.** Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, Bd. 59, 1903, S. 93.
- A. Schmitz.** Zweck und Einrichtung der Hilfsschulen. Langensalza 1903, H. Beyer und Söhne. Preis Mk. 0.30 Populäres Schriftchen.
- Paul Strauß.** Assistance et éducation des enfants anormaux. *La revue philanthrop.*, 10. Juni 1903.
- Hygiène scolaire.** (Revue générale.) *Arch. de méd. des enfants*, Bd. 6, 1903, S. 359.
- Hygiène scolaire en France.** Un pas en avant dans la lutte contre la tuberculose, *Tuberculosis*, Bd. 2, 1903, S. 25. Vom französischen Unterrichtsministerium erlassene schulhygienische Vorschriften zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose.

Ernährung und Stoffwechsel.

- J. Arnheim.** Ein Beitrag zur Lehre von den Nahrungsmengen des Brustkindes. *Inaug.-Dissert.*, Jena 1903.
- A. Arraga.** Lait de beurre (babeurre). *Arch. de méd. des enfants*, Bd. 6, 1903, S. 413. Aus dem Kinderhospital in Buenos-Aires werden acht ausgewählte Fälle publiziert. Es handelt sich um Kinder des zweiten Lebensjahres. Meist ganz kurze Beobachtungsdauer.

- Ausset.** Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance. L'Union méd. du Canada, Juni 1903.
- Sevrage et ablactation. Hygiène alimentaire de la seconde enfance. La pédiatrie pratique, 1. Juni 1903.
- Ausset und Brassart.** Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance. Lille 1903, Le Bigot. 56 S.
- Aust.** Die gesundheitlichen Gefahren der Milchversorgung und die Notwendigkeit einer strengeren Milchkontrolle. Deutsche Vierteljahrsschr. für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 35, 1903, S. 727.
- A. Baginsky.** In eigener Sache. Zur Pathologie der Magendarmkrankheiten der Kinder. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 37, S. 283. Betrifft Bemerkungen in einem Referat über die Arbeit von Bloch (siehe Referat Monatsschr. Bd. 1, S. 110.).
- Bardet.** Considérations générales sur le régime lacté et sur le régime ordinaire chez les dyspeptiques par excitation ou hypersthéniques. Bull. génér. de therap., Bd. 145, 1903, S. 837.
- Barthel.** Stérilisation du lait au moyen du peroxyde d'hydrogène. Rev. génér. du lait, II, S. 289.
- B. Beckmann.** Laktagol ein Laktagogum. Deutsche Medicalzeitung 1903, Nr. 43.
- B. Bendix.** Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. F. Steinitz: Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 459.
- Benoit.** Contribution à l'étude des ferments solubles du lait de femme. Thèse de Montpellier 1903.
- C. E. Bloch.** Anatomische Untersuchungen über den Magendarmkanal des Säuglings. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 121. In der Arbeit sind die „normalen“ Verhältnisse besprochen, entnommen der 1902 erschienenen dänischen Dissertation. (Siehe Referat, Monatsschr. Bd. 1 S. 110)
- Bordier et Fabre.** Valeur de la surface spécifique chez les enfants nouveaux-nés. (Sitzung der soc. d'obstét. de Paris vom 23. April 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 339. Bull. soc. méd. hóp. de Lyon, II, 1903, S. 190.
- L. Bouchacourt.** Observation d'intolérance d'un enfant vis-à-vis du lait de sa mère. (Sitzung der soc. d'obstétr. de Paris vom 23. April 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 338.
- Bousquet.** Les ferments du lait. Echo therap., I, 1903, S. 97.
- Breton.** Scorbut infantile et laits modifiés. Le bull. méd., 20. Juni 1903. (Siehe Referat S. 378.)
- Charles.** Règles de l'allaitement artificiel. Journ. d'accouch. de Liège, 14. Juni 1903.
- Charles.** Laits modifiés, maternisés, stérilisés, pasteurisés. Journ. d'accouch. de Liège, 31. Mai 1903.
- Comby.** Les tétées chez le nouveau-né. Journ. des praticiens, 18. Juli 1903.
- L. Concetti.** L'allaitement artificiel au point de vue de la théorie des ferments solubles. Arch. de méd. des enfants, VI, 1903, S. 400 (siehe Referat S. 312).
- Connors.** Infant feeding. Med. News, 25. Juli 1903.
- Cruchet.** Du babeurre ou lait de beurre. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux, XXIV, S. 89.
- Delcourt.** Les vomissements cycliques chez les enfants. Journ. méd. de Bruxelles, VIII, S. 353.
- A. Donval.** Traitement de la dysentérie et des entérites dysentéroides par l'eau oxygénée neutralisée. Thèse de Bordeaux 1902.
- Elterich.** Malnutrition. Philadelphia med. journ. 23. Mai 1903.
- Fabre.** Examen histologique du lait centrifugé, normal et pathologique. (Sitzung der soc. d'obstét. de Paris vom 23. April 1903.) L'obstétrique VIII, 1903, S. 339.
- De la centrifugation comme moyen d'apprécier la valeur nutritive du lait. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 23. April 1903.)

- L'obstétrique. VIII. 1903. S. 335. Lyon méd. 21. Juni 1903. (Siehe Referat S. 314).
- Fabre.** De la réaction d'Umikoff. (Sitzung der soc.d'obstétrique de Paris vom 23. April 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903. S. 336.
- R. Fischl.** Ueber das Elastingewebe des Säuglingsdarmes. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 57. S. 439. (siehe Referat Monatsschr. I. Bd., S. 150).
- J. K. Friedjung und A. F. Hecht.** Ueber Katalyse und Fermentwirkungen der Milch. Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 37. S. 177 und 346 (siehe Referate S. 352 und 368).
- Galatz.** La transmission de la syphilis dans l'allaitement par les nourrices. Gaz. d. mal. inf., V, 1903. S. 33, 43, 51.
- Gascard.** La cryoscopie du lait. Son application à la recherche du mouillage. Rev. méd. de Normandie, 1903. S. 216.
- P. Gasching.** La putréfaction du lait, ses rapports avec la pathologie humaine. Thèse de Paris 1903. G. Steinhell.
- Gaulard und Rué.** Soins à donner aux seins des jeunes mères qui allaitent. Bull. génér. thérapeutique, 15. März 1903.
- Le Gendre.** Les enfants nés à terme qui ne savent prendre ni le sein ni le biberon. Compt. rend. de la soc. d'obst., de gynéc. et de pédiat. de Paris, Juni 1903.
- Gerber und Wieske.** Pasteurisation des flacons dans la grande industrie. (Pasteurisation avec agitation). Rev. générale du lait, II, S. 169.
- R. Giffard.** De l'entéro-colite muco-membraneuse infantile. Thèse de Paris 1903.
- Gillet.** La question du lait stérilisé. Journ. des praticiens, 14. März 1903. — Existe-t-il une lipase dans le lait? Journ. de phys. et pathol. génér. V, 1903, S. 503.
- Fr. Gillet.** Le méconium, son rôle en médecine légale, en obstétrique et en pathologie infantile. Thèse de Lyon, 1903, Waltener & Cie. Eine monographische, leider der Kritik entbehrende Zusammenstellung der älteren und neueren Literatur. Keine eigenen Untersuchungen.
- Grelley.** L'alimentation artificielle des nourrissons et le scorbut infantile. Thèse de Paris, 1903, C. Naud.
- Güdjohnson.** Ein Fall von Adipositas dolorosa bei einem Knaben. Hospitals-tidende, 4. R., Bd. XI, Nr. 27, S. 701.
- Heck.** Des ferments catalytiques du lait de femme. La semaine méd., Juli 1903.
- E. Hellesen.** Ueber den Stickstoff-Stoffwechsel bei einem an Adipositas nimia leidenden Kinde mit besonderer Rücksicht auf die Abmagerungskuren. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 57, S. 389 (siehe vorläufige Mitteilung, diese Monatsschrift Bd. I, S. 64).
- Henseval.** Les microbes du lait et de ses dérivés. Lierre, 1903, J. van In & Cie., 126 S.
- Huguenin.** L'allaitement mercenaire et l'élevage au biberon. Concours méd., XXV, S. 311.
- Hutinel.** Traitement des gastro-entérites aiguës des nourrissons. Rev. mens. des mal. de l'enf., XXI, 1903, S. 337 (siehe Referat S. 369). — La dyspepsie des enfants en bas âge. Méd. infant., III. S. 1. Journ. de méd. de Paris, XV, S. 68.
- A. Keller.** Fütterungsversuche an Mäusen mit hochsterilisierter Kuhmilch. Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie, Bd. VII, Heft 2, S. 90. Eine kurze Bemerkung zu der Angabe Bollies (siehe Referat, Bd. I, S. 356), daß mit sterilisierter Milch ernährte Meerschweinchen an Barlow'scher Krankheit eingehten.
- F. Kuschel.** Zusammensetzung und Nährwert der Backhausmilch. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 58, S. 71.
- Labasse.** Détermination théorique de la pesanteur spécifique du lait privé de matière grasse. Les résultats pratiques. Arch. méd. belges, XXI, 1903, S. 240.
- Lamacq-Dormoy.** Vomissements acétonémiques des enfants. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux, XXIV, 1903. S. 98.

- Lambinon.** Lactagogène nouveau. Journ. d'accouch. de Liège, 29. März 1903.
— Augmentation de poids persistant chez un enfant au moment du décès. Journ. d'accouch. de Liège, 8. Febr. 1903.
- Lasnière.** L'allaitement des nouveau-nés. Le lait stérilisé. Quinzaine méd., XXIV, S. 1.
- Ledé.** Analyse rapide du lait au domicile des nourrissons. Le progrès méd. 7. März 1903.
- Marfan.** L'autointoxication intestinale. Rapport sur un travail de M. le professeur Combe de Lausanne. Bull. de la soc. de pédiat. de Paris, 1903, Nr. 6.
- Meillère.** La question du lait. Trib. méd., Bd. 36, 1903, S. 306.
- Méry H.** L'alimentation au lait de vache. Journ. des praticiens, 4. April 1903.
— L'administration des féculents aux nourrissons. Journ. des praticiens, 27. Juni 1903.
— De l'emploi des féculents et du bouillon de légumes dans le traitement de la gastro-entérite. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 253. Der Vortrag sowie die folgende Diskussion zeigen in überraschender Weise, wie wenig Erfahrung die französischen Pädiater über die Verwendung kohlehydratreicher Kost beim Säugling haben. In der Anwendung von Vollmilch besitzen sie mehr.
— Dyspepsie des nourrissons. Concours méd., XXV, 1903, S. 324.
- A. Meyer.** Recherches sur la sécrétion gastrique des enfants durant leurs premières années. La semaine méd., 11. März 1903.
- E. Moro.** Considérations biologiques sur l'alimentation du nourrisson. Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 385.
- E. Neter.** Die letztjährigen Arbeiten über Frauenmilch. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36, S. 373.
- v. Ohlen.** Was hat uns die Hamburger Ausstellung für hygienische Milchversorgung bezüglich der Kindermilch gelehrt? Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 35, 1903, S. 747.
- Parmentier.** Application de la cryoscopie à la recherche des falsifications du lait. La Presse méd., 25. Febr. 1903 und 4. März 1903.
— De la cryoscopie du lait. Bull. de l'acad. de méd. Sitzung vom 31. März 1903.
- Perret.** De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice. Le progrès méd. 23. Mai 1903.
- Petruschky.** Die Sommersterblichkeit der Säuglinge und ihre Verhütung. Leipzig 1903, Leineweber, 7 S.
- Philippet.** Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1903, J. Roussel.
- Porak.** Sur la durée de l'allaitement des enfants des nourrices et des enfants protégés. Bull. ac. de méd., Bd. 49, 1903, S. 130.
- J. Pouchkine.** Traitement des diarrhées infantiles par la teinture de myrtille. La semaine méd., 13. Mai 1903.
- Raquet.** Conditions d'hygiène à réaliser dans la production du lait. Bruxelles 1902, H. Lamertin, 78 S.
- Robin.** Les accidents de la suralimentation. Journ. des praticiens, 18. Juli 1903.
- Rolet.** Étude comparative des laits au point de vue de l'alimentation des nourrissons. Industrie lait, XXVIII, S. 49, 57.
- H. de Rothschild.** Syphilis et allaitement. Progrès méd., XXXII, 1903, S. 1.
— Troubles digestifs provoqués par l'excès en beurre du lait de la nourrice. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 23. April 1903), L'obstétrique, VIII, 1903, S. 337 (siehe Referat S. 246).
- Rousseau-Saint-Philippe.** L'alimentation de la première enfance. Journ. de méd. de Bordeaux, XXXIII, 1903, S. 365, 381, Bordeaux, 1903, Gounouilhou.
- F. Steinitz.** Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 57, S. 689. Die Arbeit zerfällt in drei Abschnitte: I. Zur Pfaunderschen Kritik der Czerny-Kellerschen Untersuchungen; II. Zur Kritik der Versuche Pfaunders;

- III. Eigene Versuche (siehe vorläufige Mitteilung, diese Monatsschrift, Bd. I, S. 225.).
- Thibierge.** Les nourrices syphilitiques. Rev. prat. d'obstétr. et de pédiat., Febr. 1903.
- Em. Thiercelin.** Maladie de Barlow et lait stérilisé. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 1.
- Fritz Toeplitz.** Die Ernährung des Kindes. Ein Wegweiser für Mütter aller Stände. Breslau 1903, Preuß & Jünger, 19 S. Die kleine Schrift fällt unter ihresgleichen durch Minderwertigkeit auf.
- Triboulet.** A propos d'une nouvelle réaction biologique du lait de femme (réaction de Moro et Hamburger). — Coagulation en masse du liquide d'hydrocèle par le lait de femme. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 5.
- Variot und Saint-Albin.** Deux types d'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale, avec troubles de la calorification, mesurée au calorimètre. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 246. Die beiden Kinder waren bei jedem Versuch nur eine Stunde im Kalorimeter (Langlois).
- La mensuration de l'aire cutanée des jeunes enfants par l'enveloppement avec des feuilles d'étain. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 307. Die Verf. bestimmen die Größe der Körperoberfläche in der Weise, daß sie die einzelnen Körperteile mit Staniol bedecken und nun die Größe des verwendeten Staniols nicht messen, sondern wägen. Ein Quadratdezimeter des Staniols, wie es gebraucht wurde, wog 2.26 bis 2.5 g, ist also eine große Gleichmäßigkeit des Materials anzunehmen. Kontrollversuche scheinen für die genügende Exaktheit der Methode zu sprechen. In der Diskussion fragt Guinon mit Recht, wie die Faltenbildung des Staniols vermieden wird.
- H. van de Velde und de Landtsheer.** Les ferments du lait. Arch. de méd. des enfants, Bd VI, 1903, S. 408.
- Weil und Tibérius.** La température dans les différentes formes d'allaitement chez les nourrissons sains. Rev. franç. de méd. et de chir., II, 1903, S. 565.
- E. Weill, A. Lumière und M. Péhu.** Traitement des diarrhées infantiles par les solutions de gélatine. Soc. des sciences méd. de Lyon, 8. Juli 1903. Rev. mens. des mal. de l'enf., XXI, 1903, S. 466.
- E. Weill und V. Thevenet.** Des éléments figurés du colostrum et du lait chez la femme. Arch. de méd. des enfants, VI, 1903, S. 470.
- A. Weitzel.** Ueber die Labgerinnung der Kuhmilch unter dem Einfluß von Borpräparaten und anderen chemischen Stoffen. Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamt, Bd. 29, 1903.
- Winters.** Feeding in early infancy, home modification of milk. (Ernährung im frühen Säuglingsalter, die Milchmodifikation im Hause). Med. Record, 7. März 1903.
- Les ferments du lait. (Revue générale). Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 424.

Klinik der Kinderkrankheiten.

- Achard und Grenet.** Paralysie infantile et lymphocytose arachnoïdienne. Rev. franç. de méd. et chir., II, 1903, S. 565.
- Adams.** Case of multiple abscess of the lung. (Ein Fall von multiplen Lungenabszessen.) Arch. pediat., November 1903.
- Aldrich.** Chorea, what is it? (Was ist Chorea?) Arch. ped., November 1903. Nach Verf. Manifestation eine Toxikose auf neurotischer Basis.
- G. A. Alfaro.** Sur la tuberculose infantile à Buenos Aires et particulièrement sur ses formes diffuses. Arch. de méd. des enfants, VI. Bd., 1903, S. 577. (Siehe Referat S. 176 und 335.)

- Allaire et Le Meigneu.** Cas de malformations héréditaires et familiales des extrémités. (Sitzung der Soc. d'obstét. de Paris vom 28. Mai 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 345.
- Aramian.** Traitement local de la diphtérie par un nouveau médicament, l'anti-diphtérine. Rev. méd., XII, 1903, S. 372. Journ. de méd. de Paris, XV. Bd., 1903, S. 260.
- Armaignac.** Sur un cas d'ophtalmie purulente congénitale. La semaine méd., 25. Februar 1903.
- P. Armand-Delille und Jean Calmus.** Contracture fonctionnelle ayant simulé une contracture d'origine pottique, existant depuis 5 mois chez une fillette de 14 ans, guérie en 48 heures par l'isolement. Bull. de la soc. de pédiat. de Paris, 1903, Nr. 1. (Siehe Referat S. 101.)
- d'Astros.** La pleurésie chez le nouveau-né. La pédiatrie pratique, 1. Juli 1903.
- Aton.** De quelques troubles anormaux dus à la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx de l'enfant. Thèse de Montpellier, 1903.
- Aubertin.** L'ictère grave dans la première enfance. La presse méd., 5. August 1903, S. 557.
- Contribution à l'étude clinique des paralysies diphthériques. Arch. génér. de méd., 1903, Nr. 6. (Siehe Referat S. 193.)
- Ausset.** Les injections préventives de sérum antidiphtérique. Bull. soc. de pédiat. de Paris, 1903, S. 158. Écho méd. du nord, VII, 1903, S. 229.
- E. C. Aviragnet und d'Oelsnitz.** Péricardite aiguë avec épanchement. — Signes de pleurésie gauche disparaissant par la position genu-pectorale. (Signe de Pins.) Bull. de la soc. de pédiat. de Paris, 1903, Nr. 5.
- A. Baginsky.** Klinische Mitteilungen (mit drei Abbildungen). Arch. f. Kinderheilkunde, 36. Bd., S. 161. I. Zur Kenntnis der Fremdkörpervorkommnisse bei Kindern. 1. Fremdkörper im Intestinaltrakt; 2. im Larynx; 3. im Oesophagus. II. Zur Pathologie der Bronchialdrüsenkrankungen. 1. Geschwollene Bronchialdrüse als Atmungshindernis; 2. Drüsenperforation im Oesophagus. Kommunikation mit einem Bronchus. Lungengangrän. III. Zur Kenntnis der gonorrhoeischen Erkrankungen der Kinder. IV. Gelatinetherapie bei blutenden Kindern. 1. Hämophilie. Diphtherie. Gelatinebehandlung; 2. Melaena neonat.
- C. Banteigne.** De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1902.
- Paul Bar.** Des lésions du foie et des reins chez les foetus nés de mères éclampsiques. L'obstétrique, VIII. Bd., 1903, S. 289. Sorgfältige anatomische und histologische Untersuchungen in 17 Fällen, illustriert durch 14 Abbildungen.
- Barbier.** Deux cas de rhumatisme chronique infantile. Intégrité des os sur l'épreuve radiographique dans un cas. Origine tuberculeuse possible dans l'autre. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris, XX, 1903, S. 349.
- Mme. Bardin.** Contribution à l'étude clinique et étiologique du scorbut infantile, la fièvre dans la maladie de Barlow. Thèse de Paris, 1903.
- Barjon.** Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham chez une hystérique. Lyon méd., XXXV. Bd., 1903, S. 109.
- Bartenstein.** Die Lebercirrhose im Kindesalter. Klinisch-therapeutische Wochenschrift, X, S. 171, 189.
- Baum.** Scarlet fever. Journ. amer. med. assoc., 10. Oktober 1903.
- G. Berghinz.** Nefrite parenchimatosa cronica non sifilitica iniziata prima dei tre mesi di vita. (Chronische parenchymatöse Nephritis [nicht syphilitisch] vor Ablauf der ersten drei Lebensmonate). La pediatria, 1903, Nr. 6. Histologische Untersuchungen.
- Bernard.** Hémicontracture hystérique simulant l'hémiplégie cérébrale infantile. Bull. soc. méd. hôp. de Paris, XX, 1903, S. 274.
- Besson.** Étude de la cyanose congénitale sans signe d'auscultation. Thèse de Paris, 1903.
- Cyanose congénitale ou maladie bleue. Journ. des praticiens, 21. März 1903.
- C. W. Bischoff.** Zur Frage des Argentumkatarths des Neugeborenen. Zentralblatt für Gynäkologie, 1903, Nr. 10.

- H. Blanchet.** Contribution à l'étude de la résorption spontanée dans l'empyème à pneumocoques de la seconde enfance. Thèse de Lyon, 1903.
- Boivin.** Étiologie et traitement de l'eczéma du nourrisson. Thèse de Paris, 1903. Michelon.
- V. Bordes.** Des adhérences balano-préputiales dans leur rapport avec l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1903.
- Bouchacourt und Jeannin.** Sur un cas de méningite purulente chez un nouveau-né. (Sitzung der Soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Februar 1903.) L'obstétrique, VIII. Bd., 1903, S. 168.
- Boutin.** Des vomissements comme symptômes précurseurs de la mort rapide à la période de convalescence de la diphtérie. Thèse de Paris, 1903, J. Rousset.
- Boxberger.** Ueber die Beziehungen der hyperplasierten Thymusdrüse zum plötzlichen Tode bei Kindern. Inaug.-Dissert., Kiel 1903.
- J. Boyer.** Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. Thèse de Paris, 1902.
- H. Breitel.** Du myxoedème spontané chez l'enfant. Thèse de Paris, 1903. J. Rousset. Verf. führt 18 Fälle an, meist Beobachtungen von Comby. Die Ausführungen bringen nichts neues.
- Breton.** Un cas de maladie de Barlow. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 202.
- Broca.** Pseudo-paralysie syphilitique d'un nouveau-né. Rev. prat. d'obst. et de pédiat., Juni 1903.
- Brunon und Née.** Tuberculose des enfants. Son traitement à l'„Aérium“ de l'Hospice général de Rouen. Normandie méd., XIX, 1903, S. 165, 199.
- Bureau.** L'eczéma infantile et son traitement. Gaz. méd. de Nantes, XXI, 1903, S. 272.
- Cabannes und de Boucaud.** Dacryoadénite aiguë chez un enfant. Journ. de méd. de Bordeaux, 1. Februar 1903.
- M. Canali.** Contributo alla cura della corea del Sydenham mediante la puntura lombare alla Quincke. (Beitrag zur Behandlung der Chorea durch Lumbalpunktion.) Il Morgagni, Nr. 5, 1903. Wiederholte Lumbalpunktionen führten keine Besserung der choreatischen Erscheinungen herbei.
- L. Cappelletti.** Contributo allo studio della nevrastenia infantile. (Beitrag zum Studium der kindlichen Neurasthenie.) La Riforma med., 1903, Nr. 17. Zwei Fälle bei 11- bis 12jährigen Kindern. Verf. legt Gewicht auf das konstante Symptom des Dämmerzustandes (Stato di dubbio.) Dotti (Florenz).
- G. Carrière.** Traitement de la rougeole. Nord méd., X, 1903, S. 25.
- Le traitement des bronchites chroniques de l'enfance. Nord méd., X, 1903, S. 97.
- Sur un cas de dilatation bronchique chez un enfant. Nord méd., X, 1903, S. 133.
- Caziot.** La scarlatine latente et son importance épidémiologique. Semaine méd., XXIII, 1903, S. 205.
- E. Chavialle.** Du traitement spécifique dans les hydrocéphalies. Thèse de Paris, 1903.
- Clemens.** Rheumatism and Typhoid in children. New York med. journ., 8. August 1903.
- H. Coesfeld.** Verhaltensvorschriften bei Erkrankungen an Masern, Scharlach und Diphtherie. Gemeinverständlich dargestellt. Berlin, Berliner Verlagsanstalt, 1903, 16 S.
- J. Comby.** Présentation de radiographies d'achondroplasiques. (Zwei Knaben im Alter von 5½ Jahren, resp. 14 Monaten.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 5.
- Trois cas de rougeole à rechute. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 198.
- Nouveau cas de scorbut infantile. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 2.

- J. Comby.** Nouveaux cas de scorbut infantile. Arch. de méd. des enfants, VI, 1903, S. 221. Zwei Kinder, die mit industriell sterilisierter Milch (lait stérilisé de Val Brenne) ernährt sind.
- Valeur thérapeutique de la sérothérapie dans la diphtérie. Gaz. d. mal. inf., V, 1903, S. 161. Arch. de méd. des enfants, VI. Bd., 1903, S. 257.
- Corson.** The fever of dention. New York med. journ., 25. Juli 1903.
- Courtin und Galtier.** Ophthalmie purulente et arthrite. Soc. d'an. et phys. de Bordeaux, 23. März 1903.
- Couvelaire.** Des hémorrhagies du système nerveux central des nouveau-nés dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux. Compt. rend. de la soc. de biol., 3. April 1903. Ann. de gyn. et d'obst., 1903, S. 253.
- Cruchet.** Sur la maladie de Little. Gaz. d. hôp., 76. Bd., 1903, S. 641.
- Olof Dalsjö.** Ein Fall von geringfügigem infantilen Myxödem mit ausgebreiteter Psoriasis. Hygiea, 1903, S. 337. Oelrich (Lund).
- C. Daniel.** De l'achondroplasie chez le fœtus. La presse méd., 22. April 1903. Ann. de gynéc. et d'obst., XXX, 1903, S. 25.
- Debove.** Péritonite tuberculeuse et infantilisme. Méd. moderne, 1903, Nr. 9.
- Deguy.** Paralysies diphtériques précoces du voile du palais. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3.
- Un cas de paralysie partielle et congénitale du voile du palais. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 1. (Siehe Referat S. 101.)
- und **F. Patry.** Sur un procédé nouveau d'examen direct des fausses membranes, et les résultats qu'on peut en tirer pour le diagnostic et le pronostic de la diphtérie. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 268.
- A. Delcourt.** Otite suppurée double-méningite tuberculeuse-cyodiagnostic-mort-autopsie. Arch. de méd. des enfants, VI. Bd., 1903, S. 546. (Siehe Referat S. 192.)
- Ein Fall von Barlowscher Krankheit. Allgem. Wien. med. Ztg., 48. Bd., S. 210. (Siehe Referat S. 251.)
- Delherm und Laignel-Lavastine.** Un cas de méningite séreuse à streptocoques chez un nourrisson. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3.
- Delvart.** Le paramyoclonus multiplex chez l'enfant. Thèse de Lille, 1902.
- Demay de Certant.** Traitement de la bronchite aiguë des jeunes enfants. Bull. méd. clin. Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux, III, 1903, S. 53.
- Denis.** Le pouls et la tension artérielle dans la diphtérie. Thèse de Paris, 1903, J. Rousset.
- Dereure.** Des suites éloignées des méningites bactériennes (méningite cérébrospinale et paralysie infantile). Thèse de Paris, 1903. J. Rousset.
- Descos.** La séroréaction tuberculeuse chez l'enfant. Journ. de physiol. et pathol. génér., V, S. 127.
- Detot.** Infarctus pulmonaires multiples par embolies consécutives à une thrombose cardiaque, dans un cas d'angine diphtérique maligne hémorragique. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 297.
- Dieuzaide.** Des troubles intellectuels transitoires de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse de Paris, 1903, H. Jouve.
- Dreger.** Vaccina generalisata. Inaug.-Dissert. Göttingen, 1903.
- Dubois.** Méningite purulente à bacille de Pfeiffer. Thèse de Paris, 1902.
- W. Dubreuilh.** Sur une forme d'érythème chronique du nez chez les enfants. granulosis rubra nasi de Jadassohn. Journ. de méd. de Bordeaux, 8. Februar 1903.
- E. A. Eriksson.** Ein Fall von Vulvovaginitis diphterica. Hygiea, 1903, S. 651. 8jähriges Mädchen. Bakteriologisch konstatiert. Oelrich (Lund).
- Faivre.** Deux cas de myxoedème infantile. Poitou méd., XVIII, 1903, S. 99.
- L. Ferranini.** Ueber hereditäre kongenitale Herzleiden. Zentralbl. f. innere Med., 1903, Nr. 6.
- G. Ferré.** Du traitement des accidents paralytiques de la diphtérie par le sérum antidiphtérique. Journ. de méd. de Bordeaux, 33. Bd., S. 335.

Fischer. Therapeutic suggestions in diphtheria. (Therapeutische Winke bei Diphtherie.) Med. News, 1903, 18. Juli. Man soll mit der Dosierung des Heilserums nicht zurückhaltend sein, bei schweren Fällen mit 3000 Einheiten anfangen. Neben der Serumbehandlung kräftige Diät, Stimulation und lokale Irrigationen mit Na-Cl-Lösungen.

Wachenheim (New-York).

Fontanié. Étude clinique de l'hématurie rénale dans les néphrites des enfants. Thèse de Paris, 1903. H. Jouve.

Fontoyne. La roubéole sur les hauts plateaux de Madagascar. Gaz. d. mal inf., V, S. 185.

R. Forget. L'infection typhique chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1903.

M. Fournier. De la thrombose cardiaque dans la diphtérie. Thèse de Paris, 1903. H. Jouve.

H. Frasey. Ver macaque (larve du Dermatobia noxialis de J. Goudot) chez une fillette de 2 ans $\frac{1}{2}$. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 312.

Galitsis. Des éruptions qui surviennent au cours de la diphtérie traitée par le sérum de Roux. Thèse de Paris, 1903, H. Jouve.

Galtier. Arthrite blennorrhagique consécutive à une conjonctivite purulente gonococcique chez un nouveau-né. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux, XXIV, 1903, S. 245.

Ganghofner. Zur Frage der Fütterungstuberkulose. Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 451. (Siehe Referat S. 401.)

D. Gentile. Il diabete insipido essenziale nei bambini. (Erheblicher Diab. insip. bei Kindern.) Gazz. degli ospedali e delle cliniche, 1903, Nr. 86. Kasuistischer Fall, 6jähriger Knabe, 6 Liter Urin täglich.

A. Geschwend. Du défaut d'expansion de la région sous-claviculaire dans la pneumonie infantile. Thèse de Lyon, 1902.

H. Gillet. Scorbut infantile, sa rareté. (En 13 ans, 1 cas sur 11.385 enfants malades et 93.933 bouteilles de lait stérilisé en 5 ans.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 1.

— Fièvre éphémère grippale récidivante. Gaz. d. mal inf., V, 1903, S. 89.

— Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant. Gaz. d. hôp., 76. Bd., 1903, S. 749.

Glorieux. La paralysie infantile. Polyclinique, XII, Bruxelles, S. 145 und 217.

Gréze. Des rapports de la rougeole avec la tuberculose. Thèse de Paris, 1903, J. Rousset.

Crozer Griffith. Scorbut infantile. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 5. (Siehe Referat S. 326.)

H. Gripat. Note sur traitement de la coqueluche. Arch. méd. d'Angers, 1903, Nr. 6. Rev. mens. des mal. de l'enfance, XXI, 1903, S. 380.

Guérin. Variole et vaccine. Écho méd. du nord, VII, 1903, S. 85.

Guinon. Signes variables de congestion pulmonaire au cours d'une péricardite (Signe de Pins). Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 5.

— Dyspnée chronique mortelle par adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, ayant débuté à l'âge de trois semaines. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris, S. 627.

— und **Rist.** Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë sans réaction méningée cytologique chez un frère et une soeur. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris, 1903, S. 623.

A. Hansson. Fall von Tetanus. Hygiea, 1903, S. 472. 4jähriger Knabe wurde in einer Dreschmaschine schwer verletzt. Früh morgens am neunten Tage nach dem Unglücksfall stellte sich Trismus ein, etwas später Opisthotonus, Erstickungsanfälle und allgemeine Krämpfe. Exitus am Nachmittage desselben Tages. (Oelrich (Lund).)

Haven. A study of a scarlet fever epidemic. Med. Record, 22. August 1903.

Hélot. Deux observations de diphtérie nasale primitive. Ann. d. mal. de l'oreille, XXIX, S. 69.

Hoffa. Die Behandlung der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter. Würzb. Abhandl. aus d. Gesamtgeb. der prakt. Med., III. Bd., 12. Heft. (Siehe auch Referat S. 192)

- Holzer.** Ueber Albuminurie im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Heidelberg, 1903.
- Hutinel.** Un cas de scorbut infantile dû à l'emploi du lait stérilisé à domicile. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3.
- Jacobson.** Du traitement de l'impétigo par le nitrate d'argent. Thèse de Paris, 1903.
- P. Jeandelize.** Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne. Paris, 1903. J. B. Baillière et fils, 830 S.
- A. Josias.** Sérothérapie de la fièvre typhoïde chez les enfants. Rev. d'hyg. et de méd. infantiles, II, 1903, S. 209. (Siehe Referat S. 175 und 265.)
- und **Roux.** Traitement de la tuberculose chez les enfants par le suc musculaire et la viande crue. Trib. méd., XXXVI, S. 406. (Siehe Referat S. 175.)
- Keim.** Les sources de l'infection chez le nouveau-né. Gaz. d. hôp., 76 Bd., 1903, S. 597.
- Koun.** De la kératomalacie, affection cornéenne chez les enfants athrepsiques. Thèse de Bordeaux, 1903. Cassagnol.
- R. Labbé.** Épreuve de la chlorure alimentaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance. Arch. de méd. des enfants, VI. Bd., 1903, S. 513. (Siehe Referat S. 374.)
- und **Delille.** Syphilis héréditaire précoce avec splénomégalie, anémie et réaction du sang, guéri par le traitement. Gaz. d. mal. infant., V, 1903, S. 97. Soc. méd. des hôp. de Paris, 6. Februar 1903.
- Labusquière.** Vulvo-vaginite chez la petite fille et la nouveau-né. Ann. de thérap., III, 1903, S. 169.
- Lance et Lancevin.** Aencéphalie. Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris, Januar 1903.
- Landry.** De la gravité du rhumatisme chez les enfants dans ses rapports avec les complications cardiaques, Gravité des cardiopathies. Thèse de Paris, 1903. J. Roussel.
- Lannelongue.** Syphilis osseuse héréditaire tardive, type Paget. Types infantile et adolescent, types de l'adulte et du vieillard. Bull. méd., XVII, 1903, S. 167.
- Leclerc.** Des infections ombilicales chez le nouveau-né. Rev. prat. d'obst. et de péd., Juni 1903.
- Lepent.** Traitement de la broncho-pneumonie chez les enfants. Gaz. méd. de Picardie, XXI, 1903, S. 8.
- H. Leroux.** Un cas de lymphadénome du médiastin. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3.
- Ch. Leroux.** La cure marine de la péritonite tuberculeuse. Annal. de méd. et chir. infant., 1903, Nr. 18 (Siehe Referat S. 336.)
- L. Lévi und H. de Rothschild.** Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille. Rev. d'hyg. et de méd. infantiles, II. Bd., 1903, S. 146.
- Lop.** Arrêt de développement. Pseudo-hermaphrodisme. (Sitz. der Soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Februar 1903.) L'obstétrique, VIII. Bd., 1903, S. 171.
- Loubry.** Un cas de syphilis hépatique et ascite congénitales. Écho méd. du Nord, VII, S. 207.
- L. Maisel.** La malaria infantile et quelques-unes de ses complications (broncho-pneumonie et évolution dentaire). Thèse de Montpellier, 1903.
- Marcus.** Vom Tetanus neonatorum und seiner Behandlung mit Serum-einspritzungen. Inaug.-Dissert. Kiel, 1903.
- Marfan.** De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie. Rev. mens. d. mal. de l'enfance, XXI, 1903, S. 211. (Siehe Referat S. 177.)
- Marie und Guillaïn.** Le faisceau pyramidal dans l'hémiplégie infantile. Hypertrophie compensatrice du faisceau pyramidal. Rev. neurol. XI, S. 293.
- A. Marina.** Le forme iniziali e rudimentali della distrofia muscolare nella pratica pediatrica. (Die Anfangs- und rudimentären Formen der Muskel-dystrophie.) La pediatria 1903, Nr. 3, zwei kasuistische Fälle.

- Martin.** Étude sur la pleurésie dans la première enfance. Thèse de Paris 1903, H. Jouve.
- Maturé.** A propos d'un cas d'hémiplégie avec convulsions survenues au cours d'une coqueluche de moyenne intensité. *Pédiatrie pratique*, I., S. 40.
- J. A. Mercier.** Considérations sur la variole et la vaccine à Bordeaux pendant ces vingt dernières années. (1892 — 1902.) Thèse de Bordeaux 1903.
- Méry.** L'anémie pseudo-leucémique des nourrissons. *Journ. des praticiens*, 23. Mai 1903.
- Syphilis acquise et syphilis héréditaire chez l'enfant. *Rev. mod. de méd. et chir.* I., S. 123.
 - La néphrite chronique chez l'enfant. *Rev. intern. de méd. et chir.*, XIV., S. 199.
 - Le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants. *Journ. des praticiens*, XVII., 1903, S. 278.
 - L'hystérie infantile. *Arch. de méd. et chir. spéc.* IV., 1903, S. 93, 142.
 - und Guillemot. Ostéo-arthropathie déformante des doigts, probablement rhumatismale. Jrido-choroïdite double chez une enfant de 7 ans. *Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris*, XX. Bd., 1903, S. 328.
- Miceli-Capurbano.** Note clinico-patologica sopra un' epidemia di morbillo. (Klinisch-pathologische Mitteilungen über eine Masernepidemie). *Gazz. degli ospedali e delle cliniche* 1903, Nr. 53. Von den 500 Fällen einer Epidemie in Spilinga fand Verf. in drei Fällen das Collomsche Symptom und das Exanthem; in einem Falle beobachtete er Wiederholung des Exanthems und Fieber fünf Tage nach Anfang der Abschuppung, in einem anderen Falle intermittierendes Fieber.
- Dotti (Florenz).
- Monnier.** Relation d'une petite épidémie familiale de diphtérie. Érythème rubéoliforme ayant précédé la fausse membrane. Complications-post-sérothérapeutiques. *Gaz. med. de Nantes*, XXI., S. 165.
- Monsarrat.** Tuberculose abdominale infantile et lait de vaches tuberculeuses. *Écho méd. du Nord*. VII, 1903, S. 337.
- Morax.** Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et la déclaration obligatoire. *Annales de gynec. et d'obst.* August 1903. *Ann. d'oculist.* 66 Bd., S. 346.
- A. Morlat.** Infantilisme et insuffisance surrénale. Thèse de Paris 1903.
- Morquio.** Variole congénitale sans variole maternelle. La semaine med. 26. August 1903, (siehe Referat S. 336).
- Moussous und Rocaz.** Méningite cérébro-spinale traitée par les ponctions lombaires répétées. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 23. Januar 1903.
- Müller.** Ueber drei Fälle von Chorea chronica progressiva s. hereditaria. *Inaug.-Dissert.* Heidelberg 1903.
- Muniagurria.** Scoliose produite par une fièvre typhoïde. *Arch. de méd. des enfants*, VI. Bd., 1903, S. 677.
- M. Natier.** Vices de prononciation déterminés par des troubles de l'audition. *Bull. de la soc. de péd. de Paris* 1903, Nr. 3.
- Netter.** Le signe de Kernig dans la fièvre typhoïde de l'enfant. *Compt. rend. soc. de biologie*, 55. Bd., S. 67.
- und Salomon. Un nouveau cas de scorbut infantile. — Coexistence de fièvre-Examen du sang. *Bull. de la soc. de péd. de Paris* 1903, Nr. 2.
- Newcomb.** Congenital laryngeal stridor. *Med. Record*, 25. Juli 1903. Verf. führt den Stridor auf eine angeborene Mißbildung des Kehlkopfes zurück. Die Erkrankung kann permanente Thoraxdeformitäten hervorrufen und auch direkt letal endigen.
- Wachenheim (New-York).
- P. Nobécourt und du Pasquier.** Un cas d'angine diphtérique récidivante. *Bull. de la soc. de péd. de Paris* 1903, S. 212.
- Nobécourt und Vitry.** Polyarthrite suppurée au cours de l'ophtalmie purulente du nouveau-né. Culture de gonocoque obtenue avec le pus conjonctival et articulaire. *Bull. de la soc. de péd. de Paris* 1903, S. 302.
- P. Nobécourt und R. Voisin.** Double parotite suppurée à staphylocoques dorés chez un nouveau-né, abcès métastatiques du poumon. *Bull. de la soc. de péd. de Paris* 1903, S. 220.

- P. Nobécourt und R. Voisin.** Fièvre typhoïde et entérite chez le nourrisson. Rev. mensuelle d. malad. de l'enfance, XXI. Bd., 1903, S. 24.
- Nobécourt, Voisin und Vitry.** Ponction lombaire dans la thrombose des sinus et l'hémorragie méningée consécutive. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, S. 289.
- Olinto de Oliveira.** Tuberculose generalizada apyrética chez une enfant âgée de 4 mois. Rev. mens. d. malad. de l'enfance, XXI. Bd. 1903, S. 33.
- Le syndrome astmatique dans la grippe. Semaine méd. 13. Mai 1903.
- Oui.** Traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. Pédiatrie pratique I, S. 22.
- D. Pacchioni.** Beschreibung und Pathogenese der Veränderungen der chondralen Verknöcherung bei der Rhachitis. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 57. Bd., S. 38 (siehe Referat, Bd. I, S. 212).
- Panneton.** La méningite tuberculeuse. Union méd. du Canada, XXXII., S. 22.
- Paris.** Septicémie à forme hémorragique. Bull. de la soc. de Paris, 1903, Nr. 4.
- und **Salomon.** Note sur quelques cas de purpura chez les enfants. (Formules sanguines et résistance globulaire). Compt. rend. soc. de biol., 55. Bd., S. 273.
- A. Pechin.** Les conjonctivites des nouveau-nés. (Kapitel aus dem von H. de Rothschild herausgegebenen Traité d'hygiène et de Pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge.) Rev. d'hyg. et de méd. infant., II. Bd., 1903, S. 444.
- Pernet.** Les méningites. Étude statistique et clinique des cas observés à l'hôpital Trousseau pendant les années 1901—1902. Thèse de Paris 1903, H. Jouve.
- Perrin de la Touche.** Morts suspectes de deux enfants présentant de l'hypertrophie du thymus. Ann. d'hyg., Bd. 50, S. 48. Bull. soc. d. sc. méd. de l'Ouest, XII, S. 182.
- A. Perrone.** Linfadenomi multipli in bambini, simulanti sifilide o tuberculosi. (Multiple Lymphadenome, Syphilis oder Tuberkulose vortäuschend). Arch. di patol. e clin. inf. 1903, Nr. 1 und 2.
- A. Peyser.** Ueberblick über die für die Kinderheilkunde wichtigen Leistungen der Oto-Rhinologie im Jahre 1902. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36, S. 391.
- Philhower.** Specific treatment of diphtheria. (Spezifische Behandlung der Diphtherie). Med. Record., 28. März 1903. Resumé über Serumtherapie.
- Pierre.** Guérison d'un cas de paralysie infantile, quatre ans après le début de la paralysie. Journ. de physiothérapie, I, S. 195.
- Traitement de l'adénoïdite chronique infantile. Arch. internat. de laryng. XVI, S. 370.
- Pillon.** Contribution à l'étude de la rougeole ecchymotique. Thèse de Paris, 1903, J. Rousset.
- G. Pochon.** Contribution à l'étude de l'action de la vaccination sur la coqueluche. Rev. mens. des mal. de l'enfance, XXI, 1903, S. 102. Ein kasuistischer Fall.
- Porak und Durante.** De quelques péritonites chez le nouveau-né. Rev. franç. de méd. et chir., I, S. 295.
- F. M. Pottenger** (Los Angeles, California). Tuberculosis of childhood with especial reference to infection. Zeitschr. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen, Bd. IV, 1903, S. 383.
- Quillier.** Considérations étiologiques sur l'eczéma des enfants nourris au sein. Le progrès méd., 28. Febr. 1903.
- F. Rabot und L. Revol.** Méningite à bacilles d'Eberth. Lyon méd., 1903, Nr. 13.
- L. Raclot.** Des alopecies du nouveau-né dans leurs rapports avec le traumatisme obstétrical. Thèse de Paris, 1903.
- Ratelier.** Considérations sur la délire de la scarlatine. Thèse de Bordeaux, 1903, Cassagnol.
- E. Rebeyrolle.** Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive. Thèse de Paris 1902.
- Richon.** Un cas de maladie d'Addison avec intégrité des capsules surrénales. Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 350.

- E. Rist und A. Paris.** Purpura hémorrhagique et méningite cérébro-spinale à diplocoques de Weichselbaum. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 314.
- — Un cas de pyohémie à staphylocoques dorés. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 2.
- Ritscher.** Ueber Scharlachabszesse an der Hand eines Falles von Aneurysma arteriovenosum spurium carotidis communis et jugularis internae infolge eines solchen. Inaug.-Dissert., Kiel, 1903.
- Rivière.** L'ozène chez le nourrisson. Lyon méd., 25. Januar 1903. La semaine méd., 6. Mai 1903. Journ. de méd. de Paris, 15. Febr. 1903.
- G. Robin.** Étude sur la syphilis infantile. Thèse de Paris, 1903.
- Rocaz.** De l'adénoïdite diphtérique primitive. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux, XXIV, S. 86.
- J. Roger.** De la pleurésie purulente du nouveau-né. Thèse de Paris, 1903.
- Roger und Garnier.** La glande thyroïde dans la variole. Presse méd., 1903, S. 373.
- De la Rue.** Des affections acquises de l'aorte chez l'enfant (orifice et crosse de l'aorte). Thèse de Paris, 1903.
- R. Saint-Philippe.** La fausse coqueluche. Journ. de méd. de Bordeaux, 26. April 1903.
- Salomon.** Syphilis héréditaire tardive traitée par les injections intraveineuses de cyanure de mercure. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 2.
- Savariand.** Les complications nerveuses des fractures de l'extrémité de l'humerus chez les enfants. Arch. génér. de méd., 1903, Nr. 2 und 3 (siehe Referat S. 206).
- Schillingher.** Ein weiterer Fall von Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund. Inaug.-Dissert., Tübingen 1903.
- S. Schön-Ladniewski.** Ueber larvierte Angina diphtherica und follicularis. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 57, 1903, S. 476.
- Sevestre und Aubertin.** Réapparition des symptômes d'angine et de croup à la période des accidents tardifs de la sérothérapie. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 4.
- A. Sigogne.** Contribution à l'étude de la néphrite au cours et dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques. Thèse de Paris, 1902.
- Soulé.** Paralysie diphtérique traitée par le sérum. Guérison. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux, XXIV, S. 258.
- Souques und Heller.** Paralysie faciale congénitale par agénésie du rocher. Bull. soc. méd. d'hôp. de Paris, 1903, S. 121.
- Stern.** The prognosis and orthopaedic treatment of acute anterior poliomyelitis. New-York med. Journ., 5. Sept. 1903.
- Suarez de Mendoza.** De la sérothérapie préventive de la diphtérie. Arch. de méd. et chir. spéc., IV, S. 43, 146.
- Thornas.** Le testicule dans la syphilis héréditaire de l'enf. Gaz. d. mal. inf., V, S. 41.
- L. Tissier.** Une observation de maladie de Barlow. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 20. Nov. 1902). L'obstétrique, VIII, 1903, S. 154. Die ersten sechs Monate an der Brust, dann ausschließlich mit pasteurisierter Milch (lait „nectar“) ernährt.
- Tixier.** Ostéite tuberculeuse du frontal chez un enfant. Bull. soc. de chir. de Lyon, VI, S. 22.
- A. Troussseau.** Traitement du strabisme. La presse méd., 2. Mai 1903.
- S. Unterberger.** Die Behandlung der skrofulösen Lymphdrüsen des Halses mit lokalen, heißen Wasserdouchen. Blätter für klin. Hydrother., Bd. XIII, 1903, S. 16. Verf. empfiehlt die genannte Behandlung, welche er in Biarritz kennen gelernt hat; angeblich wird durch den Salzgehalt der Douche der osmotische Druck im Organismus, die Alkaleszenz des Blutes gehoben, der normale Stoffwechsel wiederhergestellt (Beweis?). Verf. läßt eine möglichst heiße Douche auf die kranken Drüsen 1 bis 3 Minuten wirken und legt dann heiße Kompressen aus konzentrierter Salzlösung auf.

- M. Vargas.** Syphilis héréditaire précoce avec hypertrophie de la rate, coryza congénital, dystrophies veineuses abdominales, et pemphigus généralisé aux membres inférieurs. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 208.
- G. Variot.** Un procédé pour recueillir et examiner l'expectoration des jeunes enfants. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 1.
- Paralyse partielle de la langue et des lèvres probablement liée à une malformation bulbaire chez une fille de 13 ans. Annal. de méd. et chir. infant., 1903, Nr. 19. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 5.
- Forme fruste de paralysie pseudobulbaire chez un garçon de 6 ans. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 2 (siehe Referat S. 377).
- Un cas d'achondroplasie anormale sans dystrophie crânienne chez une fille de 13 ans. Bull. soc. méd. d. hôp. 3^e s., XX, 1903, S. 268. Trib. méd. XXXVI, 1903, S. 229.
- Le diagnostic de la méningite tuberculeuse et la ponction lombaire. Presse méd., 1903, I, S. 429.
- Observations sur les accidents consécutifs aux injections préventives de sérum antidiphthérique chez les enfants atteints de rougeole. Un cas de mort par infection streptococcique à la suite d'une injection préventive. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris, S. 560.
- Les cardiopathies infantiles. Journ. de méd. infant., VII, S. 61.
- **Bruder.** Un cas de stridor laryngé congénital. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 277.
- J. Vergely.** Zona et rougeole. Journ. de méd. de Bordeaux, 15. März 1903.
- Un cas d'infection diphtérique adénoïdienne primitive. Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. XXXIII, S. 333.
- Vernet.** L'éosinophilie hématique dans l'eczéma des nourrissons. Compt. rend. de la soc. de biologie, 8. Mai 1903.
- Vezeaux de Lavergne.** Gangrènes typhiques chez l'enfant. Thèse de Paris, 1903, J. Rousset.
- J. Vicq.** La mort dans la chorée. Thèse de Paris, 1903.
- Villemin.** Péritonite à bacille de Friedlaender. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, S. 222.
- Voituriez.** Complications osseuses postvarioliq. Journ. d. sc. méd. de Lille, Bd. 26, S. 169.
- Vurpas und Léri.** Sur la pathogénie de l'anencéphalie. La semaine méd., 29. Juli 1903.
- Weinberg.** Ueber einen Fall von Hydrocephalus congenitus internus mit Phocomelie. Inaug.-Dissert., Bonn 1903.
- Yatho.** Ueber universelles Oedem beim Neugeborenen. Inaug.-Dissert., Marburg 1902.
- Le Chloroma. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 39.
- Granulosis rubra nasi. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 680.
- Hématurie congénitale. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 229.
- Idiotie dite mongolisme. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, VI, 1903, S. 746.
- La peste chez les enfants. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 168.
- Thymus et athripsie. (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 616.

Chirurgie und Mißbildungen.

- G. d'Abbadie de Barrau.** Revue générale des malformations congénitales du cœur à propos d'un cas de cyanose périphérique. Thèse de Montpellier, 1903.

- Adenot.** Deux cas de gastrotomie chez des enfants atteints de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Lyon méd., XXXV, S. 894.
- Apert.** Atrophie congénitale du pavillon de l'oreille gauche; malformation du pavillon de l'oreille droite; asymétrie faciale; déformation des pariétaux; fontanelle supplémentaire. Bull. soc. méd. d'hôp. de Paris, 1903, S. 125.
- Baumm.** Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynäkol., 1903, S. 569.
- Boeckel.** Volvulus congénital de l'anse sigmoïde chez un enfant de 2 ans et demi. Laparotomie et résection de cette anse. Bull. acad. de méd., Bd. 49, S. 572.
- E. Boinet und A. Raybaud.** Kystes multiloculaires congénitaux des reins. Revue de méd., 10. Januar 1903.
- A. Boissard.** Deux cas de monstruosité foetale: I. Podencéphalie, II. Anencéphalie, du rôle des brides amniotiques. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 23. April 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 334.
- E. Bonnaire und G. Bosc.** Lymphangiome kystique congénital. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Juni 1902.) L'obstétrique, Bd. VIII, 1903, S. 58.
- Bourragué.** Des sinusites maxillaires chez les enfants. Thèse de Bordeaux, 1903. J. Durand. Rev. hebdomadaire de laryng., XXIV, 1903, S. 209.
- A. Brindeau.** Hernie ombilicale étranglée chez un nouveau-né. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris am 18. Dezember 1902.) L'obstétrique, Bd. VIII, 1903, S. 155. Bull. génér. de thérap., 8. August 1903. Bei der Geburt konstatiert, am selben Tage operiert, Heilung.
- Broca.** Trépanation chez les enfants pour fracture du crâne avec contusion cérébrale. Compt. rend. de la soc. d'obst., de gynéc. et pédiat. de Paris, Juni 1903.
- Indications générales du traitement dans le pied bot varus équin congénital. Rev. prat. d'obstét. et de pédiat., April 1903.
- Bruch.** Tolérance de longue durée de l'estomac d'un jeune enfant pour un corps étranger. Bull. méd., XVII, 1903, S. 546.
- Cafferata.** Méningocèle de la région sacrée. Traitement par la résection simple du sac. Arch. de méd. des enfants, Bd. VI, 1903, S. 293.
- J. Cardamatis.** Un cas de noma, guéri radicalement par une méthode particulière. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3.
- H. Chatellier.** Ponction galvano-caustique des abcès rétro-pharyngiens. Rev. mens. d. mal. de l'enfance, XXI, 1903 S. 87.
- Chaumier.** Abscès multiples chez un nourrisson syphilitique héréditaire. La gaz. méd. du Centre, Febr. 1903.
- Chavane.** Malformations congénitales multiples des membres. L'obstétrique, Bd. VIII, 1903, S. 57. Demonstration in der société d'obstétrique de Paris am 19. Juni 1902.
- Cheinis.** La sténose du pylore chez les nourrissons. La semaine méd., 12. August 1903.
- Chéron und Jeannin.** Malformation du coeur chez un nouveau-né. (Demonstration in der soc. d'obstétrique de Paris am 15. Januar 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 163. Herzgewicht 35 g. Hypertrophie der Pulmonalarterie mit beträchtlicher Dilatation des rechten Herzens. Das linke Herz ist atrophiert, ebenso wie die Aorta. Das Kind lebte vier Tage.
- Clement.** Diagnostic des végétations adénoïdes. Leur opération chez l'enfant. Rev. int. de med. et de chir., XIV, S. 147.
- Colm.** Luxation congénitale de la hanche chez un enfant de cinq semaines. La semaine méd., 24. Juni 1903.
- Cormier.** Un cas de mammites suppurée et gangrénée chez un nouveau-né. Union méd. du Canada, XXXII, 1903, S. 129.
- Cornet.** Un cas de phlegmon péri-amygdalien chez un enfant de 9 mois. Bull. de laryngol., VI, S. 35.
- P. Coudray.** Infections chirurgicales et collargol. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 1.

- Cumston.** Radical cure of inguinal hernia in infants. Philadelphia med journ., 2. Mai 1903.
- Ch. G. Cumston.** Un cas de spina bifida; opération; mort. Rev. mens. des mal. de l'enfance, XXI, 1903, S. 164.
- Deguy.** Sur les abcès juxta-laryngés des enfants. Rev. franç. de méd. et chir., II, 1903, S. 545.
- A. Delbecque.** Contribution à l'étude des fractures de la clavicule. Thèse de Paris, 1903.
- Derocque.** A propos d'un cas de genu recurvatum congénital. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, 1903, S. 54.
- N. Dubreuil.** Contribution à l'étude du spina-bifida. Thèse de Paris, 1902.
- Ducroquet.** Présentation de malades atteints de mal de Pott et traités par des appareils en celluloïd. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1903, Nr. 3 (siehe Referat S. 345).
- Les diverses formes de la luxation congénitale de la hanche. Rev. d'hyg. et de méd. infantiles, II, 1903, S. 338.
- Ducroquet und Besançon.** Pseudarthrose flottante de la hanche consécutive à une pyarthrite ostéomyélique du jeune âge. Presse méd., 1903, I, S. 181.
- Enjalbert.** Étude critique du traitement des attitudes vicieuses de la coxalgie chez les enfants. Thèse de Lyon, 1903, Waltener & Cie.
- Falconnet.** Des sections de l'urètre par constrictions circulaires de la verge. Thèse de Paris, 1903.
- Frien.** Ein Fall von einseitiger kongenitaler Zystenniere bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jähr. Mädchen; Heilung durch Operation. Inaug.-Dissert., Erlangen, 1903.
- Froelich.** Scoliose congénitale avec pied-bot varus-équín. Bull. de la soc. péd. de Paris 1903, S. 241.
- Galtier.** Ostéo-sarcome du fémur chez un enfant de 8 ans. Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. 33, S. 401.
- Gaudier.** Traitement des arthrites tuberculeuses purulentes par la méthode de Phelps (acide phénique pur et alcool). Pédiatrie pratique 1903, Nr. 4. Rev. mens. des mal. de l'enf., XXI, 1903, S. 426.
- Germond.** Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou. Thèse de Paris 1902.
- Gheorghio.** Foetus achondroplasique, présentant aux mains et aux pieds de la polydactylie avec syndactylie. Bec-de-lièvre. Bull. soc. de chir. de Bucarest, VI, 1903, S. 13.
- G. Groß.** De l'oesophagotomie externe pour corps étrangers de l'oesophage chez les enfants. Rev. mens. d. malad. de l'enfance, Bd. 21, 1903, S. 49.
- Grosse.** Malformation congénitale du cœur chez un nouveau-né atteint de cyanose. Bull. soc. anat. de Paris, Bd. 78, 1903, S. 161.
- Haushalter und Hoche.** Inversion des viscères du thorax et de l'abdomen chez un enfant. Gaz. d. hôp. de Toulouse, XVII, 1903, S. 196.
- Hoefelman.** Skoliosenbehandlung mit Zuhilfenahme der Weir-Mitchellschen Kur. Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie, Bd. 9, 1903, Heft 1. Der günstige Einfluß der Mastkur bei der Skoliosenbehandlung wird durch Photographien und Tabellen belegt.
- B. Hoffmann.** Epityphlitis im frühen Kindesalter und ihre Beziehungen zu der gleichen Erkrankung Erwachsener. Inaug.-Dissert., Marburg 1903.
- Imbert.** Les tumeurs du rein chez l'adulte et chez l'enfant. Gaz. d. hôp. de Paris 1903, Bd. 76, S. 631.
- E. Joly.** Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. Thèse de Paris 1902.
- H. Judet und Touchard.** Luxation congénitale de la rotule coïncidant avec une double luxation en arrière de la tête du radius. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 6.
- Kaestel.** Die angeborene Verlagerung der Niere in ihrer praktischen Bedeutung. Inaug.-Dissert., Heidelberg 1903.
- Kaiserling.** Ueber Ectopia vesicae. Inaug.-Dissert., Halle a. S. 1903.
- Kirmisson.** Fracture du col du fémur chez les enfants. Rapports avec la coxa vara. Bull. méd., XVII, 1903, S. 131.
- Le bec-de-lièvre et son traitement. Bull. méd., XVII, S. 621.

- Kirmisson und Hébert.** Absence congénitale des voies biliaires extra-hépatiques chez un enfant présentant en outre une phocomélie du membre supérieur gauche. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris, März 1903.
- und **Rieffel.** Nouveau cas de diverticule de Meckel, ouvert à l'ombilic, avec prolapsus de la muqueuse intestinale, exstirpation du diverticule, suivi d'examen histologique. Rev. d'orthop., 2^e s., IV, S. 233.
- Lamblin.** Le prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez les petites filles. Thèse de Paris 1903, C. Naud.
- Lambret.** La hernie inguinale commune chez l'enfant en bas âge. Pédiatrie pratique, I, S. 18.
- Langevin.** Malformations multiples du tube digestif et de l'appareil génito-urinaire, chez un nouveau-né. Bull. soc. anat. de Paris, Bd. 78, 1903, S. 121.
- Launois und Le Marc' Hadour.** Les malformations congénitales de l'oreille externe. Leur interprétation embryologique. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, 1903, S. 3.
- Lemaire.** Cyanose congénitale, malformations cardiaques multiples. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris am 18. Dezember 1902.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 159.
- Lequeux.** Foetus atteint de malformations multiples. Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 23. April 1903. L'obstétrique, VIII, 1903, S. 335.
- Viktor Lieblein.** Zur Kasuistik der Coxa vara infantum. Prager med. Wochenschr. 1903, Nr. 43.
- Loewy.** Die an der Kgl. chirurg. Klinik Breslau in den Jahren 1891 bis April 1901 behandelten Fälle von Hasenscharte. Inaug.-Dissert., Breslau 1903.
- A. Logez.** Le lymphangiome congénital et la macrocheilie. Thèse de Paris 1902.
- Malherbe.** Traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant. Bull. de laryngol., VI, 1903, S. 3.
- A. B. Marfan.** Sur une indication de la trachéotomie dans le croup. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, S. 286.
- Un mandrin flexible pour les tubes laryngés. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 1.
- Masbrenier.** Le tubage du larynx au dehors de l'hôpital. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 5.
- Maucilaire.** Ablation d'une volumineuse hydronéphrose chez un enfant de deux ans et demi. Guérison. Compt. rend. de la soc. d'obst., de gynécol. et de péd. de Paris, Juni 1903.
- und **Infroit.** Cinématographie comparative des boiteries avant et après le traitement. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, S. 210.
- Maygrier.** Le céphalématome. Journ. des praticiens, 7. März 1903.
- Présentation d'un enfant atteint de malformations des membres inférieurs. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Juni 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 58.
- Hernie diaphragmatique chez un nouveau-né. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 3. Juli 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 64. Rechtsseitige angeborene Hernia diaphragm. mit Atrophie der rechten Lunge und Eintritt eines Teiles der Leber und des Darmes in den Thorax. Kind zwei Stunden nach der Geburt gestorben.
- und **Saillant.** Rétrécissement congénital de la totalité du gros intestin chez un nouveau-né. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 20. November 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 153.
- Méry und Villemin.** Sarcome de l'ovaire. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 3.
- Nègre.** Le phlegmon périnéphritique chez l'enfant. Thèse de Montpellier 1903.
- Netter.** Le collargol dans les infections chirurgicales. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 1.
- P. Nobécourt und L. Babonneix.** Sur un cas d'ostéopériostites chroniques multiples à staphylocoques. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, S. 279.

- P. Noirclaud.** Du refroidissement des appendicites aiguës par les applications larges de glace sur le ventre. Thèse de Paris 1902.
- Paguy und Esmonet.** Un cas de persistance du diverticule de Meckel avec hernie ombilicale congénitale. Ann. de gynéc. et d'obst., XXX, S. 173.
- Palmiéri.** Contribution à l'étude de l'ectromélie. Thèse de Paris 1902.
- A. Péchin.** Cautérisation étoilée de la cornée. Rev. d'hyg. et de méd. infant., Bd. 2, 1903, S. 476.
- Pélissard.** Des divers modes de traitement du pied bot d'origine paralytique. Bull. méd. de l'Algérie, XIV, 1903, S. 16 u. 61.
- Poirier de Clisson.** Amputation congénitale des doigts. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris am 15. Januar 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 160.
- K. Preisich.** Angeborener doppelter Klappenverschluß des Duodenum. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 57, S. 346. Das Kind hat sieben Tage gelebt. Der Verschluß wurde durch zwei 3 mm von einander entfernt stehende, ringförmige Klappen, Schleimhautduplikaturen mit je einer Öffnung von der Größe einer kleinen Linse, gebildet.
- Redard.** Du traitement chirurgical de la main bote congénitale. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, S. 247.
- Reinach.** Ein Fall von zirka orangegroßem Myxolipofibrom der Niere bei einem 4½-jährigen Kinde. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 88.
- O. Reinach.** Pyonephrose als Komplikation einer choleriformen Enteritis bei angeborener doppelseitiger Hydronephrose eines sechsmonatlichen Kindes. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58, S. 260.
- H. de Rothschild.** Main bote cubito-palmaire avec absence complète du cubitus. Absence de l'annulaire et de la région hypothénar. Syndactylie de l'index et du médius. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. März 1903.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 250.
- und **L. Brunier.** Macroductylie congénitale de l'index et du médius gauches chez un enfant de trois ans. (Mit einer Abbildung und einer Röntgenaufnahme). Rev. d'hyg. et de méd. infantiles, Bd. 2, 1903, S. 232.
- Ryan.** Anophtalmus. Journ. amer. med. assoc. 31. Oktober 1903.
- Savariand.** L'occlusion congénitale interne chez le nouveau-né. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, 1903, S. 305.
- Julius Schnitzler.** Torquierte Ovarialhernie. Wien. klin. Rundschau 1903 Nr. 44. Ein sechs Monate altes Mädchen hatte seit Geburt eine linksseitige Leistenhernie. Diese wurde im Verlauf eines Darmkatarrhs irreponibel. Bei der Herniotomie (nach 36 Stunden) zeigte sich als Bruchinhalt das um 360° gedrehte Ovarium samt Tube. Abtragung von Ovarium und Tube, Radikaloperation, Heilung. Neurath (Wien).
- Sébileau.** L'oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie. Ann. des mal. de l'oreille, XXIX, S. 1. Bull. soc. de chir. de Paris, XXIX, S. 48.
- P. Selter.** Der Plattfuß des Kindes. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 57, S. 763. (Siehe Referat, diese Monatsschr., Bd. 1, S. 571.)
- Theuveny.** Reins polykystiques. Absence d'uretère droit. Anomalies concomitantes. (Demonstration in der soc. d'obstétr. de Paris am 19. Juni 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 58.
- Rein en fer à cheval avec segment intermédiaire. (Demonstration in der soc. d'obstétrique de Paris am 19. Juni 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 58. Das Präparat stammt von einem frühgeborenen Kinde von 1580 g Körpergewicht.
- C. E. Uldall.** Ein Fall von Atresia intestini. Hospitalstidende 4 R. Bd. 11. Nr. 31, S. 820. Seltener Fall von kongenitaler Mißbildung, bei welchem der Dünndarm in einer Länge von zirka 5 cm ganz fehlte und durch eine Zyste ersetzt war. Monrad (Kopenhagen).
- Variot.** Rétrécissement congénital et spasme du pylore chez les nouveau-nés. Gaz. d'hôp., Bd. 76, S. 697.
- G. Variot.** Luxation spontanée de la hanche consécutive à une arthropathie survenue dans le cours d'une chorée grave. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 5.

- V. Veau.** Les fistules de l'urètre par constriction circulaire de la verge. Arch. de méd. des enfants, Bd. 6, 1903, S. 593.
- Véron.** De la pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Juni 1902.) L'obstétrique, Bd. 8, 1903, S. 61.
- Veslin.** Pied bot varus équien congénital chez une fillette de 7 ans. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, 1903, S. 279.
- Veyrassat und Arabian.** Un cas de rupture du sterno-cléido-mastoïdien (hématome) chez le nouveau-né. Rev. méd. de la Suisse rom., XXIII, S. 39.
- Villemin.** Imperforation du vagin. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 3.
- Corps étranger de la vessie. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1903, Nr. 3.
- Voisin und Nathan.** Note sur un cas de malformations congénitales symétriques des membres. Rev. d'orthop. 2^e s., IV, 1903, S. 177.
- W. Weinberg.** Beschreibung einer Doppelmißgeburt (Diprosopus tetratus hemicanus cum rhachischisi totali anencephalus et amylus). Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereines 1903, Nr. 43, S. 761.
- Zuber.** Dilatation aortique rhumatismale. Rev. mens. des mal. de l'enfance, XXI, 1903, S. 280.
- C. Zuppinger.** Zur Kenntnis der nicht traumatischen Oesophagusperforationen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 57, S. 444. Ausführliche Darstellung auf Grund der vorliegenden Literatur und eigener Beobachtungen.
- Des sténoses sous-glottiques.** (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, Bd. 6, 1903, S. 105.
- Tumeurs du rein chez l'enfant.** (Revue générale.) Arch. de méd. des enfants, VI, 1903, S. 487.

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und Fürsorge.

- Ausset und Oui.** Mortalité infantile. Bull. de l'académ. de méd., Sitzung vom 31. März 1903.
- Bernson.** L'oeuvre de la goutte de lait du Nord. Echo méd. du Nord VII, S. 132.
- Brunon.** Les gouttes de lait. Normandie méd., XIX, S. 260.
- La goutte de lait de Rouen. Organisation nouvelle. Normandie méd., XIX, S. 81.
- P. Budin.** La mortalité infantile. L'obstétrique, Bd. VIII, 1903, S. 1 (siehe Referat S. 281).
- Des assurances sur décès d'enfants. Bull. de l'académ. de méd., Sitzung vom 3. März 1903 (siehe Referat S. 348).
- Charles.** Les consultations de nourrissons en Belgique et à Liège en particulier. Journ. d'accouch. de Liège, 15. Febr. 1903.
- Fonctionnement de la consultation des nourrissons à la Maternité de Liège. Résultats de la période 1901—1902. Ibid., 22. März 1903.
- Cormier.** Quelques notes sur la mortalité excessive des enfants dans la ville de Montréal et sur l'étude de certains moyens à prendre pour y remédier. L'Union méd. du Canada, Januar 1903.
- E. Decherf.** La goutte de lait de Tourcoing. Roubaix, 1903, S. 46.
- Deleau.** La mortalité dans les villes industrielles du Nord et du Pas-de-Calais. Remèdes rapides et pratiques. Thèse de Lille.
- Desfosses.** Les gouttes de lait. Presse méd., 1903, II, S. 345.
- Ch. Devé.** La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Febr. 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 165. Bericht über die Konsultation, die seit März 1895 besteht.

- Fauquet.** La protection légale des femmes avant et après l'accouchement. Paris, 1903, Alcan, 14 S.
- A. Flambart.** La femme enceinte dans la société moderne, ce qui a été fait à Paris par l'Etat, la Municipalité et l'initiative privée en faveur des mères privées de ressources et de leurs enfants. Thèse de Paris, 1903.
- B. Fränkel.** Die Kinderheilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins in Belgiz. Zeitschrift f. Tuberkulose, Bd. V, 1903, S. 56. Geschichte der Gründung, Beschreibung der Baulichkeiten und der inneren Einrichtung der für 30 Kinder bestimmten Kinderheilstätte.
- E. Hoff-Hansen.** Le sanatorium maritime de Juelsminde. (3 Photographien.) Zeitschr. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen, Bd. IV, 1903, S. 241. Im Mai 1902 ist das Seehospiz Juelsminde in Dänemark eröffnet worden, welches im Gegensatz zu Refsnaes für die leichteren Formen von Skrofulo-Tuberkulose bestimmt ist. Das mit einem Aufwand von 150.000 Franken erbaute Seehospiz verdankt seine Gründung privater Wohltätigkeit, wird staatlich subventioniert und ist für arme Kinder (60 Betten) bestimmt. Die Kurdauer ist unbeschränkt, nur von erfolgter Heilung abhängig.
- Fr. Houssay.** La protection des enfants du premier âge en France. De l'utilité de la généralisation des Pouponnières. La gaz. méd. du Centre, Juni 1903.
- A. Kayserling.** Die Tuberkulosesterblichkeit in der preußischen Monarchie von 1876—1901. Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, Bd. IV, 1903, S. 191. Im wesentlichen Tabellen, wertvolles Material, auch für die Tuberkulosesterblichkeit im Kindesalter.
- A. Keller.** Die praktische Durchführung der Säuglingsfürsorge. Die Krankenpflege, Jahrg. II, 1902/03, S. 1102. Unter Hinweis auf die Notwendigkeit der ärztlichen Ueberwachung der Säuglinge, der Errichtung von Säuglingspolikliniken und Säuglingsheimen geht Verf. auf einige in der gleichen Zeitschrift erschienene Arbeiten kurz ein.
- J. v. Körösy.** Die Sterblichkeit in der Haupt- und Residenzstadt Budapest in den Jahren 1901 bis 1905 und deren Ursachen, Teil II, Heft 1, 1901, Berlin, Puttkammer & Mühlbrecht. Es sei hier nur auf die Tabellen 27 bis 33 hingewiesen, welche Kindersterblichkeit betreffen. Das Material ist geordnet nach Legitimität, Wohnbezirk, Alter, Todesursache, Wohlhabensgrad, Einfluß der Ernährungsweise auf die Sterblichkeit der Säuglinge.
- Lambinon.** Protection légale de la première enfance. Journ. d'accouch. de Liège, 15. August 1903.
- de Lavarenne.** La mortalité infantile. La presse méd., 4. April 1903.
- Legrand.** Consultation de nourrissons au domicile du médecin. (Sitzung der soc. d'obstétrique de Paris vom 19. Febr. 1903.) L'obstétrique, VIII, 1903, S. 165.
- Lemière.** Le rôle de certaines assurances dans la mortalité infantile. Journ. de science méd., Bd. 26, S. 272.
- O. Lendrop.** Pädiatrische Mitteilungen aus der Kinderpoliklinik zu „Marthahjemmet“. Hospitalstidende R. 4, Bd. XI, Nr. 35, S. 938. Im Jahre 1902 sind im ganzen 2524 Kinder behandelt worden und 6962 Konsultationen gegeben (1898 resp. 1373 und 5708). Monrad (Kopenhagen).
- Lust.** Consultations de nourrissons et cliniques infantiles. Presse méd. belge, Bd. 55, 1903, S. 177.
- Méry.** Prophylaxie des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants. Bull. méd. XVII, S. 57.
- Mocquot.** La loi Roussel et les consultations de nourrissons. Progrès méd., XVII, 1903, S. 440 (siehe Referat S. 347).
- Moreau.** La goutte de lait à Angers. Anjou méd., X, 1903, S. 4.
- Mouret.** Contribution médico-légale à l'étude du patronage de l'enfance coupable. Thèse de Lyon, 1903, A. Storek & Cie.
- A. Moussous.** De la nécessité d'isoler et d'observer les enfants à leur entrée dans les hôpitaux. Rev. mens. des mal. de l'enf. XXI, 1903, S. 433 (siehe Referat S. 514).

- W. Prausnitz.** Prof. Meinhard Pfau nd l e r s Kritik meiner Arbeiten über Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit. Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark, 1903, Nr. 12.
- F. F. G. Roger.** Protection de la mère dans l'industrie. Thèse de Paris, 1903, A. Maloine. In ziemlich oberflächlicher Weise werden die Verwendung der Frauen in der Industrie, die schädigenden Einflüsse der Ueberanstrengung und gewerblicher Intoxikationen auf die Schwangerschaft und schließlich die gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz der Frau und Mutter besprochen.
- K. M. Rombouts.** Betrachtungen über die Zahl der Geburten und die Kindersterblichkeit in den Niederlanden während der Jahre 1875 bis 1899. Inaug.-Dissert. Amsterdam 1902.
- S. Rosenfeld.** Der zeitliche Verlauf der Infektionskrankheiten in Wien während der Jahre 1891 bis 1900. Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege, Bd. 22, 1903, S. 220 und 281.
- Schmid-Monnard.** Die Hallesche Kinderheilstätte und ihr Anteil an der Bekämpfung der Tuberkulose im Jahre 1902. Das Rote Kreuz, Bd. XXI, 1903, S. 9.
- B. S. Schultze** (Jena). Unser Hebammenwesen und die Reformpläne. Volkmauns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 349. Betrifft nur die Pflichten der Hebammen gegenüber der Wöchnerin und ihre diesbezügliche Ausbildung.
- O. Schwartz.** Die Folgen der Beschäftigung verheirateter Frauen in Fabriken vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege und Sozialreform. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 35, 1903, S. 424.
- A. Steffen.** Gedenkblatt für Bernhard Wagner. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 5.
- E. Turesányi und S. Engel.** Das italienische Findelwesen. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 35, 1903, S. 762.
- Variot.** Le rachitisme des crèches. Journ. des praticiens, 7. Febr. 1903.
- F. Weber.** Ueber die von der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit gestifteten Kinderheilkolonien in Rußland (Uebersichtsbericht). Zeitschr. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen, Bd. IV, 1903, S. 542.
- La cure d'air à l'hôpital** (Revue générale). Arch. de méd. des enfants Bd. VI, 1903, S. 551.
- Nekrologe** für V. Massini (Baginsky), R. Pott (Baginsky) und C. Gregor (Czerny). Arch. f. Kinderheilk., Bd. 37, S. 491.

- INHALT. Originalmitteilungen.** *G. Mya.* Hypoglottisches Oedem aus Diphtherie-seruminjektionen 527. — *Oppler.* Ueber Säuglingsernährung mit gelabter Vollmilch 530. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Mya.* Protrahiertes Fieber 534. — *v. Pirquet u. Schick.* Inkubationszeit 536. — *Kober.* Uebertragung der Rindertuberkulose durch Milch 536. — *Flamini.* Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit 536. — *Jemma.* Tuberkelbazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit 537. — *Longo.* Diphtheriebazillus 537. — *Westcott.* Erstickungstod durch Erdrücken 538. — *François.* Frühgeborene 538. — *Stewart.* Wärmflaschen 539. — *Hesse.* Impfschutzverband 539. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung.** *Schule.* *Foveau de Courmelles.* Schulgesundheitspflege 539. — *Caillé.* Diphtherieheilserum bei Schulkindern 539. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Perret.* Nahrungsmengen bei Brustkindern 540. — *Mesnil.* Fähigkeit zum Stillen 540. — *Holger Prip.* Organotherapie bei Hypogalaktie 541. — *Kertley, Gieschen und Myers.* Frauenmilch und Kuhmilch 541. — *de Rothschild.* Buttermilch 542. — *West.* Angeborener Magenkrampf 542. — *Coulon.* Gewichtszunahmen vor dem Tode 542. — *Jensen.* Xerophthalmie 542. — *Finizio.* Adipositas 543. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Rühle.* Entbindungs lähmung 543. — *Berghinz.* Little'sche Krankheit 543. — *Silva.* Lumbalpunktion 544. — *Preindlsberger.* Epidurale Injektionen 544. — *v. Friedländer.* Cephalohydrocele 544. — *Taylor.* Periphere Lähmungen durch Reposition der Hüftluxation 545. — *Summers.* Kehlkopfpapillom 545. — *Berg.* Larynxstenose 545. — *Lundgren.* Intubation 546. — *Haymann.* Hasenscharte 546. — *Blaker.* Empyem 546. — *Lotheissen.* Nabelschnurbruch 547. — *White.* Einklemmter Leistenbruch 547. — *Huber, Dun.* Darminvagination 548. — *Siredey.* Chronische Appendizitis 548. — *Griffith.* Pneumonie und Appendizitis 548. — *Hochsinger.* Stridor thymicus 549. — *Federici.* Rhachitis 549. — *West und Piper.* Chondrodystrophie 549. — *Rotch und Dunn.* Osteoarthropathia pulmonalis 549. — *Lloyd.* Diabetes mellitus 550. — *Stridsberg.* Zyklische Albuminurie 550. — *Jundell.* Streptokokkenkonjunktivitis 553. — *Galvagno.* Gonokokkenperitonitis 554. — *Koplik.* Vulvovaginitis 554. — *Daves.* Varizellen 555. — *Morse.* Typhus 555. — *Guarré und Picch.* Bakteriologie der Masern- und Influenza-Konjunktivitis 555. — *Monrad.* Kopliksche Flecken 557. — *Bondi.* Syphilis 557. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.** *Heubner.* Die Notwendigkeit von Kinderkliniken 558. — *de Rothschild.* Poliklinik 558. — *Barthélemy.* Hospitalsbehandlung 559. — *Margoutiès.* Goutte de lait 559. — *Lust.* Säuglingsfürsorge 559. — *Paffenholz.* Sommersterblichkeit 560. — *Aust.* Milchversorgung 561. — **Berichte.** British Medical Association 561. — Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte 563. — **Besprechungen.** *Grancher und Comby.* Traité des maladies de l'enfance 569. — *Redard.* Traité pratique de chirurgie orthopédique 570. — *Hamburger.* Arterienheit und Assimilation 570. — **Ergänzende Literatur-Uebersicht** 571.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, die-
selben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion
durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

Februar 1904.

Band II. Nr. 11.

Ueber die Verdauungswirkung des Labferments.

Von Dr. Giorgio Rotondi.

In den pädiatrischen Veröffentlichungen tritt eine gewisse Neigung zur Annahme hervor, daß die Wirkung des Labfermentes eher schädlich als nützlich auf die Verdauung der Milch einwirke. Selbst v. Dungern*) rät Zusatz von Lab zur Kuhmilch, der leichteren Verdaulichkeit wegen, hauptsächlich, um die Bildung von großen Gerinnseln im Magen des Säuglings zu verhindern.

Eine solche einfache Auslegung scheint jedoch nicht hinreichend, die guten Resultate, welche verschiedene Autoren schon durch die Anwendung gelabter Kuhmilch erzielten, zu erklären. Ebenso günstige Resultate hätten erreicht werden müssen, seit in die Praxis der Gebrauch verdünnter und sterilisierter Milch eingeführt wurde, die ja ebenfalls die Eigentümlichkeit besitzt, in feinen Flocken zu gerinnen.

Die außerordentliche Verbreitung des Labferments (nicht nur im Magen der Säugetiere, Vögel und Fische, sondern auch in den verschiedenen Tier- und Pflanzengeweben) läßt uns vermuten, daß dieses Ferment außer seiner koagulierenden Wirkung noch eine andere, allgemeinere Bestimmung habe. Die jüngsten Untersuchungen über das Plastein scheinen die funktionelle Bedeutung des Labferments zu erweitern und die schon im Jahre 1886 von Danilewski dargelegten Ideen zu bestätigen. Wenn jedoch besonders durch Sawialow**) und Glaebner***) die Eigentüm-

*) E. v. Dungern: Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. (München. med. Wochenschr. Nr. 48, 1900.)

**) Sawialow: Zur Theorie der Eiweißverdauung. (Pflügers Archiv, Band LXXXV, S. 171, 1901.)

***) Glaebner: Ueber die Umwandlung der Albumosen durch die Magenschleimhaut. (Beiträge f. chem. Physiologie und Pathologie, Band I, S. 328, 1901.)

lichkeit des Magensaftes, die Proteosen und Peptone in Plastein zu verwandeln, dargetan wird, und wenn so neue Gesichtspunkte auf dem dunkeln Gebiete der Physiologie der Verdauung der Eiweißkörper eröffnet sind, erübrigt noch zu beweisen, ob das Labferment an der Bildung des Plasteins teilnimmt.

Indem hier nur die Wirkung des Labferments auf das Kaseinogen besprochen werden soll, bemerke ich, daß man eine Verdauungswirkung im engeren Sinne des Wortes in doppelter Weise verstehen kann.

1. Die Verdauungswirkung des Labferments könnte darin ihre Erklärung finden, daß letzteres das Kasein bei der Pepsin- und Pankreasverdauung leichter verdaulich macht, als das nicht durch Lab modifizierte Kaseinogen*) ist.

In einer meiner früheren Arbeiten**) berührte ich nebenbei diese Frage, welche jüngst Popper***) zum Zweck seines Studiums machte. Dieser Autor fand ebenfalls, daß Kasein nicht leichter verdaulich sei als Kaseinogen.

II. Es ist nun die andere Vermutung zu berücksichtigen, welche zuerst Hammarsten†) aussprach, nach welcher das Labferment eine tatsächliche proteolitische Wirkung auf das Kaseinogen ausübt, indem es dasselbe in zwei Eiweißkörper spaltet, von denen einer löslich und im Magen sofort aufsaugbar ist.

Diese Annahme, welche späterhin von demselben Autor mit größerem Vorbehalte dargelegt wurde, fand in Arthus und Pagès††) energische Verteidiger und Halliburton†††) sowie andere hervorragende Physiologen machten sie zur ihrigen. Duclaux*) dagegen bekämpft eine solche Ansicht über die Wirkung des Labferments mit aller Entschiedenheit.

Die Frage muß wegen Mangels eines sicheren experimentellen Beweises noch als ungelöst betrachtet werden und als solche erklärt sie auch Cohnheim in seiner „Chemie der Eiweißkörper“.

*) Ich behielt die Nomenklatur von Halliburton bei, dessen Kaseinogen und Kasein dem Kasein und Parakasein von Hammarsten, und dem Kasein und Tyrein von Foster entsprechen. Die Benennungen Halliburtons haben den Vorteil, daß sie nicht nur die Beziehungen zwischen den beiden Substanzen, sondern auch die große Analogie hervorheben, welche in mehrfacher Weise zwischen der Gerinnung der Milch und jener des Blutes besteht.

**) Rotondi Sulla digestione del caseinogeno di donna e di mucca. (Sperimentale-Anno LVI, fasc. I.)

***) Popper: Ueber den Einfluß der Labgerinnung auf die Verdaulichkeit der Milch. (Pflügers Arch. f. Physiol., Bd. XCII, S. 605, 1902.)

†) Hammarsten: Zur Kenntnis des Kaseins und der Wirkung des Labferments. (Nova Acta R. Societ. Scient. Upsala, 1877.)

††) Arthus et Pagès: Recherches sur la coagulation du lait et l'action du Lab. (Arch. de Phys. norm. et path. Vol. XXII, page 331, 1890.) Idem: Sur le Labferment de la digestion du lait. (Ibid. Vol. XXII, page 540.)

†††) Halliburton: The proteids of milk. (Journal of Physiology, Vol. XI, page 448, 1890.)

*) Duclaux: Le lait, 1894; idem: Traité de Microbiologie. (Vol. II, page 289, 1899.)

sowie Fuld*) in einer jüngst erschienenen Studie über die Milchgerinnung.

Da ich demnächst in der „Rivista di Clinica pediatrica“ nebst einer ausführlichen Kritik über den Gegenstand auch die experimentellen Resultate einiger meiner Untersuchungen veröffentlichen will, welche die Annahme einer Spaltung des Kaseinogens durch das Labferment bestätigen, beschränke ich mich hier auf eine kurze Zusammenfassung der wichtigeren Erfahrungen.

In einer gewissen Quantität frischer Kuhmilch, die ich mit zwei Volumen destillierten Wassers verdünnte, fällte ich das Kaseinogen, indem ich nach und nach Essigsäure bis zur vollständigen Fällung zufügte. Durch Sieden fällte ich sodann das Albumin und Globulin, filtrierte durch Filtrierpapier und bestimmte in dem Filtrate den Stickstoffgehalt nach Kjeldahl. Eine gleiche Menge Milch, die ich vorher mittels einiger Tropfen Labextrakts zur Gerinnung brachte, behandelte ich in gleicher Weise: Verdünnung in zwei Volumen destillierten Wassers, Hinzufügung derselben Quantität Essigsäure, welche schon bei der ersten Portion Milch verwendet ward, Aufkochen und Filtration. Auch an diesem zweiten Filtrat bestimmte ich den Stickstoffgehalt.

Hätte sich nun während der Milchgerinnung durch Lab ein neuer, weder mit Essigsäure noch durch Aufkochen fällbarer Eiweißkörper gebildet, so müßte ich natürlich in dem zweiten Filtrat einen größeren Stickstoffgehalt finden als in dem ersten. In der Tat war beständig eine sehr auffallende Verschiedenheit des Stickstoffgehaltes der beiden Filtrate bemerkbar. Der Ueberschuß an Stickstoff im zweiten Filtrat entsprach ungefähr dem zehnten Teile des gesamten Stickstoffgehaltes der Milch.

Um diesen Ueberschuß an Stickstoff als Beweis einer neuen stickstoffhaltigen Substanzbildung infolge des Labs zu betrachten, muß einigen Einwürfen begegnet werden, welche gegen diese Erklärung erhoben werden könnten.

Der betreffende Ueberschuß an Stickstoff rührt sicher nicht von dem im beigelegten Lab enthaltenen Stickstoff her. Der von mir benützte Labextrakt enthielt in 1 cm³ 5 mgr Stickstoff. Wenn man an die kleine Quantität Lab denkt, welche zur Milchgerinnung nötig ist, so versteht man, wie der durch das Lab beigelegte Stickstoff ganz außer Betracht kommt. Ueberdies zeigt das Lab, wie alle Enzyme, die Eigentümlichkeit, daß es mechanisch von dem Gerinnsel oder den Niederschlägen aufgenommen wird, welche sich am Boden der Flüssigkeiten bilden, in denen es gelöst wurde. Deshalb konnte auch die kleine Quantität Lab nicht in das Filtrat übergehen.

Ein anderer Einwurf gewinnt dadurch an Berechtigung, daß

*) E. Fuld: Ueber Milchgerinnung durch Lab. (Ergebnisse der Physiologie. Band I, Teil I, Seite 468, 1902.)

in dem von der gelabten Milch herstammenden Filtrat sich einige der Albumosenreaktionen vorfanden. Die Schwierigkeit, das Labferment absolut pepsinfrei darzustellen, ist bekanntlich sehr groß. Es ist daher möglich, daß der Ueberschuß an Stickstoff nicht dem Lab, sondern dem Pepsin zuzuschreiben war. Jedoch muß bemerkt werden, daß der Mangel an HCl ein Hindernis für die Wirkung der allenfalls vorhandenen Pepsinspuren bildete. Um nun diese Möglichkeit vollständig ausschließen zu können, versuchte ich die Wirkung des von mir angewandten Labextrakts auf Eiweiß und Fibrin und vermochte festzustellen, daß eine neutrale Lösung von Labextrakt auch bei einem Konzentrationsgrade, der bei weitem jenen zur Milchgerinnung nötigen übersteigt, nicht einmal Spuren von Albumosen bildete, selbst wenn sie zehn Stunden lang mit Fibrin oder Eiweiß in einem Thermostat bei 37° gelassen wurde.

Schließlich glaube ich auch den Einfluß der Mikroorganismen ausschließen zu können, deren Entwicklung, und proteolitische Wirkung durch das Verweilen im Thermostat während einiger Stunden bei 37° begünstigt werden konnte. In der Tat, wenn man rohe Milch in einem Wärmeschrank bei 37° einige Stunden lang stehen läßt, findet man keineswegs den Stickstoffgehalt des Filtrats vermehrt.

Der Mehrgehalt an Stickstoff in dem von gelabter Milch herührenden Filtrat mußte demnach auf eine neue stickstoffhaltige Substanz bezogen werden, deren Anwesenheit überdies auch durch einige Reaktionen des Filtrats selbst bewiesen wurde. Statt nun sogleich diese Reaktionen zu beschreiben, werde ich von denselben, um nicht wiederholen zu müssen, bei der Beschreibung der Eigentümlichkeiten der Substanz selbst sprechen, welche ich in relativer Reinheit mit folgender Methode zu isolieren suchte.

Ich verdünnte mit destilliertem Wasser ein oder zwei Liter Milch, welche vorher mit Lab zum Gerinnen gebracht wurde, säuerte leicht mit Essigsäure an und ließ sie 15 Minuten lang kochen. Nach dem Erkalten filtrierte und sättigte ich das Filtrat mit $Mg\ SO_4$. Hierauf faßte ich den Niederschlag in einem Trichter über Glaswolle und löste ihn nochmals in destilliertem Wasser. Diese Lösung wurde dann in einen Pergamentschlauch gebracht und zuerst 24 Stunden lang in fließendem Wasser und weitere 24 Stunden in öfters erneuertem destilliertem Wasser dialysiert. Die aus dem Dialysator entnommene Flüssigkeit enthielt eine Substanz, deren hauptsächlichste Merkmale ich hier zusammenfasse:

1. Xanthoproteinreaktion.
2. Biuretkreaktion (blauviolette und nicht rote Färbung).
3. Ihre Lösungen gerinnen nicht in der Wärme, zeigen jedoch, wenn sie zum Sieden gebracht werden, eine Trübung, die beim Erkalten wieder verschwindet.
4. Läßt sich mit Gerbsäure fällen und mit Kochsalz, Kupfersulfat und Magnesiumsulfat aussalzen.
5. Im Alkohol wird sie gefällt. Der Niederschlag (verschieden von dem Vorgange bei den Albumosen) ist in Wasser nicht mehr löslich.

Sie wird ebenso mit Salpetersäure als mit Essigsäure und Ferrocyanalkali gefällt. Der Niederschlag verschwindet fast vollständig beim Aufkochen, erscheint jedoch wieder reichlich nach dem Abkühlen.

Diese wichtigsten Reaktionen bestimmen uns, die stickstoffhaltige Substanz der Molken unter die Eiweißkörper einzureihen, u. zw. zwischen die nativen Proteine und die primären Albumosen.

Ich glaube nun, aus meinen Untersuchungen, welche experimentell die Hypothese von Hammarsten bestätigen, nachstehende allgemeine Schlußfolgerungen ziehen zu können:

1. Während der Milchgerinnung durch Einwirkung des Labferments bildet sich ein neuer Eiweißkörper (Molkenprotein), welcher durch die Spaltung des Kaseinogens entsteht und im Serum gelöst bleibt.

2. Der Stickstoff, welcher an der Bildung der Molkenproteine teilnimmt, stellt ungefähr den zehnten Teil des gesamten Stickstoffgehaltes der Milch dar.

3. Das Molkenprotein der Milch ist zwischen die nativen Proteine und die primären Albumosen zu klassifizieren.

Den größten Teil meiner Untersuchungen machte ich im Laboratorium der Kinderklinik in Breslau. Herrn Professor Czerny spreche ich deshalb meinen tiefgefühlten Dank aus für die mir in vornehmster Weise gewährte Aufnahme sowie für die Aufmunterung und weitestgehenden Ratschläge, womit er die Güte hatte, mich bei der Ausführung meiner Arbeit zu unterstützen.

Masernkrupp.

Von Dr. Martinez Vargas, Professor der Kinderheilkunde an der Universität Barcelona.

Der reine, nicht diphtheritische, Masernkrupp ist eine sehr seltene Komplikation der Morbillen; trotzdem bietet er klinisches Interesse wegen der Fragen, welche sich bei seiner Behandlung ergeben. Dieselben beziehen sich auf die Indikation der Diphtherieserum-Injektion, auf die Ausführung der Intubation oder Tracheotomie zur Behandlung der Asphyxie, auf die Bronchialecouvillonage, welche dadurch veranlaßt werden kann, daß in solchen Fällen die Bronchitis oder Bronchopneumonie von Laryngostenose begleitet zu werden pflegt.

Zu diesen Erwägungen wurde ich durch einen Fall angeregt, den ich vor einigen Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte.

Am 24. Februar 1903 wurde ich als Konsiliarius zu einem 25 Monate alten Kinde gerufen. Gegen zehn Tage soll ein ausgebreitetes konfluierendes Masernexanthem bestanden haben. Zur Zeit, als ich das Kind beobachtete, bestanden nur mehr einige schuppene Stellen, dagegen litt es an Bronchopneumonie mit Herden in beiden Lungen unter Temperatursteigerung von 39.5°, 40° und 40.5°, begleitet von den Erscheinungen intensiven Gastricismus, Niereninsuffizienz und

Rötung des Rachens. Weder derzeit noch früher wurden weiße Flecken daselbst beobachtet, ebensowenig Drüsenanschwellung am Halse. Die Stimme rein, kein kruppöser Husten. Nach Beratung wurde die Therapie festgesetzt im Sinne meiner Anschauungen, die ich in meiner Arbeit¹⁾ über die Lungenentzündung der Kinder veröffentlicht habe, und der Hausarzt mit der Ausführung derselben betraut. Am 25. Februar besserte sich der Zustand und dauerte bis zum Vormittag des nächsten Tages. Aber am Abend des 26. wurde ich neuerdings gerufen, weil trotz Temperaturfall und ohne eine Verschlimmerung von seiten der Lungen, ein neues Symptom auftrat: das Kind klagte über Schmerz in der Mitte des Halses, hatte Krupphusten und Stenosengeräusch während der Inspiration und Expiration.

Wir glaubten anfangs, daß es sich um diphtheritischen Krupp handle, der im Verlauf von Masern auftreten kann, eine Komplikation, die ich siebenmal beobachtet habe. Aber trotz sorgfältiger Untersuchung ließen sich weder Drüsenanschwellung noch weiße Plaques im Rachen nachweisen, es bestand nur tiefe Rote desselben; die Digitaluntersuchung an der Epiglottis und im Vestibulum laryngis ergab Weichheit und Schwellung der Gewebe; kein Abstreifen von Membranen oder eines Fremdkörpers. Da eine Spiegeluntersuchung untunlich war, führte ich einen Platindraht durch den Schlund an die hintere Fläche der Epiglottis unter Führung meines Fingers. Während dieser unter größtem Widerstande des Kindes vorgenommenen Manipulation steigerte sich die Suffokation. Die Familie wurde von der drohenden Asphyxie unterrichtet und empfohlen, im Wohnraum Räucherungen vorzunehmen, sowie mit heißem Wasser getränkte Schwämme am Hals zu applizieren. Zwei Stunden später, am 27. (vier Tage nach meiner ersten Konsultation, 14 Tage nach der Maserneruption) wurde ich um 6 Uhr morgens dringendst gerufen. Die Asphyxie hatte zugenommen, die Mm. Sternokleidomastoidei waren vorgetreten und zuweilen tetanisch gespannt; Jugularvenen geschwellt, das Gesicht etwas blaß und Lippen bläulich verfärbt, ebenso die Finger; reichlicher Schweiß benetzte die Schläfen und im Gesichte starker Angstausdruck; einzelne Thoraxpartien zeigen Atmungsstillstand bei Inspiration, über anderen wird groß- oder mittelblasiges Rasselgeräusch wahrgenommen; große Intensität und Frequenz des Herzschlages; Krupphusten, bellend; Stimme rauh. Das klinische Bild war deutlich als Krupp mit Asphyxie zu erkennen und gebot sofortigen Eingriff wegen Todesgefahr. Wie am Tage zuvor verabredet, verlor man keine Zeit mit der Diskussion, die Schwere des Falles gestattete es nicht. Der Hausarzt ergriff das Kind mit seinen Armen, während ich die Intubation vornahm. Wie immer, begann das Kind sogleich zu atmen, es verschwand seine Angst. Die Lippen röteten sich wieder, die Besserung der Atmung war außerordentlich intensiv. Die Freude

¹⁾ Martinez Vargas, Medicamentos inconvenientes en las pneumonias de los Niños; la mejor terapéutica. Barcelona 1901.

der Eltern kannte keine Grenzen trotz der pessimistischen Auffassung, zu der wir durch die Ausdehnung und das weitere Fortschreiten der Bronchopneumonie veranlaßt wurden. Als ich nach drei Stunden das Kind wiedersah, fand ich den Status laryngeus gut, ungünstig aber den Lungen- und Herzbefund; es wurden subkutane Injektionen von Koffein und Eukalyptol gemacht. Unglücklicherweise trat am Abend dieses Tages, d. h. elf Stunden nach der Intubation Exitus ein durch Herz- und Lungenlähmung. Die Familie versagte zu einer partiellen Autopsie des Larynx die Zustimmung. Der Tubus war frei von Membranen, nur im Innern enthielt er eine kleine Quantität von schaumigem Schleim. In der Kultur zeigten sich Streptokokken, Diplokokkus Fränkel, einige Staphylokokken, aber kein Diphtheriebazillus.

Epikrise. Zweifellos litt das Kind an nicht diphtherischem Krupp. Das eben beschriebene klinische Bild, die Asphyxie, welche durch die Intubation beseitigt wurde, lassen darüber keinen Zweifel bestehen; das Fehlen von Membranen vor und nach der Operation und das negative Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung zwingen zur Ausschließung der Annahme einer Diphtherie, und gerade dieser Umstand erhöht das klinische Interesse des Falles. Das Auftreten von reinem Masernkrupp wie auch von diphtherischem Krupp im Beginn und besonders im Ausgang von Masern, gehört zu den ziemlich selten vorkommenden Ereignissen. Es ist dies der erste Fall, daß sich ein Masernkrupp ohne Diphtherie meiner Beobachtung darbietet und da ich sehr viele ma erkrankte Kinder gesehen, so ist die Affektion sicher selten. Hier in Barcelona hatten wir eine Epidemie, welche mit leichten Remissionen seit dem Jahre 1899 vorherrschte; während derselben zeigten sich verschiedene Komplikationen, persistierende Fieber, Wangengangrän, Cerebritis²⁾ mit rapidem tödlichen Ausgang, Otitis, Fälle von evidenter Masernreinfektion, zwei von mir beobachtete Fälle von Larynxdiphtherie (mit Serum und Intubation behandelt); in Madrid; wo kürzlich eine (von Sarabia beschriebene, von Fernandez Gomez, Benitez, Mansilla, Castaneda, Valle, Prado und Cerrillo in der medizinisch-chirurgischen Akademie diskutierte)³⁾ Masernepidemie grassierte, wurden verschiedene Komplikationen, aber nicht ein einziger Fall von Masernkrupp beobachtet; in einer anderen Epidemie zu Porto, woselbst 575 Kinder beiderlei Geschlechtes das „Dispensario da Rainha“ unter Leitung des Dr. Julius Cardoso von August bis Oktober 1902 frequentierten,⁴⁾ wurden verschiedene Komplikationen erwähnt, aber nicht eine einzige mit dem Bilde des Krupp, nur zwei Fälle von Laryngitis stridulosa.

Sevestre und Bonnus⁵⁾ kennen das Vorkommen solcher

²⁾ La Medicina de los Niños, 1903. p. 148.

³⁾ Sesiones del 18. y 25. de Mayo de 1903. Revista de Medicina y Cirugía practicas del Dr. Ulecia, 7. y 21. Septiembre de 1903.

⁴⁾ Cardoso, Sarampo em creanças: Novidades Med. e Pharm. Jänner 1903.

⁵⁾ Arch. de Med. des enfants, 1899. Nr. 2. — Des laryngites suffocantes au debut de la rougeole.

Laryngitiden vor und nach der Maserneruption mit Larynxschnellen und Todesgefahr durch Asphyxie; in solchen Fällen müssen die Tracheotomie und Intubation angewendet werden. Aber die Angaben dieser Autoren lassen die Häufigkeit des Vorkommens nicht erkennen; Comby⁶⁾ weist in einer neuen Arbeit auf Fälle von Laryngitis stridulosa hin, welche durch ihre Heftigkeit das Bild des Krupp hervorrufen und chirurgische Intervention nötig machen.

Heubner⁷⁾ schreibt in seinem letzten Werke über Laryngostenose, welche rein inflammatorisch im Beginn der Krankheit entstanden, Tod durch Asphyxie bedingen könne und Intubation oder auch Tracheotomie nötig machen; er erwähnt weiters einige Fälle von Masernkrupp⁸⁾, bei welchen Membranen und Bazillen von zweifellos diphtheritischem Charakter gefunden wurden.

Ausse⁹⁾, Damien¹⁰⁾, Linsbauer¹¹⁾, Mya¹²⁾, Spolverini¹³⁾, Variot und Glover¹⁴⁾ sprechen von Masernkrupp, ohne zwischen Laryngitis stridulosa, welche oft beim Auftreten der Masern erscheint und der Laryngitis diphtherica, welche sie begleitet, strenge zu unterscheiden.

Eine der interessantesten Arbeiten über diesen Gegenstand rührt von Carlos Comba¹⁵⁾ her und basiert auf einer Masern-epidemie, welche in Florenz von 1898 bis 1902 grassierte. Der Verfasser unterscheidet zwei Arten von Masernkrupp, den einfachen und den diphtheritischen.

Vom ersten beobachtete er 18 Fälle mit ausgesprochenem Charakter, welche alle die Operation notwendig machten. Von diesen 18 Operierten sind fünf Fälle, wo die Affektion im Beginn der Krankheit in der Invasionsperiode auftrat. Ein Fall (28 Monate alt) wurde der Tracheotomie unterzogen und wurde ohne Komplikationen geheilt; zwei wurden intubiert, wovon einer (9 Monate alt) an Bronchopneumonie starb, während der andere (6 Jahre alt) genas. Zwei weitere Fälle (3- und 5jähriges Kind) wurden intubiert und trugen den Tubus 28 und 184 Stunden; beide starben an Bronchopneumonie und bei beiden war es notwendig geworden

⁶⁾ *Traité des maladies de l'enfance*. Deux. edit. Grancher, Comby. Paris 1904, p. 339.

⁷⁾ *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Bd. 1. Leipzig 1903, pag. 288.

⁸⁾ *L. c.* p. 299.

⁹⁾ *Traitement des laryngites de la rougeole*. (Soc. de Pédiatrie, Paris 14. April 1900.

¹⁰⁾ *Stenosi laringo-tracheale acute e croniche e loro cura*. (Boll. delle malattie dell' orecchio, naso e gola, 1897. n. 11—12.

¹¹⁾ *La laryngite pseudo-membraneuse compliquant la rougeole*. (Archives de Méd. des enfants. 1903. n. 1.

¹²⁾ *La sepsia dell' apparato respiratorio nell' età infantile*. (Atti del IV. Congresso Pediatrico italiano. Firenze 1901.

¹³⁾ *Il servizio nelle sale di isolamento dell' Ospedale di S. Spirito*. (Boll. della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, 1902. fasc. 2.)

¹⁴⁾ *Laryngites aiguës*. (Traité des maladies de l'enfance de Grancher. Comby et Marfan, t. III. 1897.)

¹⁵⁾ *Sulla cura delle laringostenosi acute nel morbilli*. (Rivista di clinica pediatrica. Marzo 1900, p. 3.)

(wegen heftigem Spasmus laryngeus, der nach der Extubation auftrat, und wegen erschwerter Expektoration reichlicher Exsudatmassen) die Intubation durch Tracheotomie zu ersetzen. Bei einem 5jährigen Kinde, das fünfmal intubiert wurde und den Tubus 184 Stunden trug, wurde später die Tracheotomie vorgenommen, weil das Bestehen von Laryngealulzerationen aus schwärzlichen Flecken vermutet wurde, die an der Oberfläche des Tubus zur Beobachtung gelangten. Die Autopsie ergab den Befund von solchen Geschwüren im Niveau der Cartilago cricoidea.

Bei den übrigen 13 Fällen trat die Laryngostenose während der Eruptionsperiode auf; stets ließ die mikrobiologische Untersuchung die Existenz von Diphtherie sicher ausschließen. Es wurden vier Fälle intubiert, wovon zwei an Bronchopneumonie zugrunde gingen; sie trugen den Tubus 28, 30, 60 und 66 Stunden; in einem Falle, wo ein Tubus von Ebonit angewendet worden war, fanden sich bei der Autopsie Ulzerationen der Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder vor. Von neun Kindern, bei denen die Tracheotomie angewendet worden war, wurden drei gesund, während sechs an Bronchopneumonie zugrunde gingen.

Von der zweiten Kategorie, wo diphtheritischer Krupp als Komplikation von Masern auftrat, beschreibt Verf. 41 Fälle, welche mit Diphtherieserum und Tracheotomie behandelt wurden. Es ergab sich eine Mortalität von 46,3%. Ich übergehe die Einzelheiten, da sie für unser Thema kein Interesse bieten.

Im ganzen ergaben also die von Comba beschriebenen 18 Fälle, mit dem von mir oben mitgeteilten und einem Fall, den ich 1897 im Leopoldstädter Kinderspital in Wien zu sehen Gelegenheit hatte,¹⁶⁾ 20 scharf definierte Beobachtungen von Masernkrupp ohne jede diphtherische Infektion. Unter denselben bietet der von mir oben beschriebene insofern Bemerkenswertes, als er 14 Tage nach der Eruption und im Verlauf einer Bronchopneumonie auftrat.

Die Aetiologie dieses Prozesses hängt von der Einwanderung des Erregers der Morbillen in Begleitung des Diplokokkus, Streptokokkus und Staphylokokkus ab; es entsteht eine intensive Schwellung der Schleimhaut, welche sich bis unter die Glottis fortpflanzt, wodurch eine sehr schwere Läsion gesetzt wird. Zur Steigerung der Stenose trägt sehr viel der reflektorische Spasmus bei; aber beim Bestehen von Schwellung der Mukosa und Ulzerationen kommt selten Spasmus hinzu, weil die Erscheinung der Respiration fortbesteht, wenn auch Sedativa, wie Brom, Aether oder Revultiva auf der Vorderseite des Halses appliziert werden.

Die anatomischen Läsionen beruhen nach Coyne¹⁷⁾ auf einer intensiven entzündlichen Schwellung der Mukosa, besonders in der Umgebung der Glottis; nach Comba liegt der Stenose eine

¹⁶⁾ Martinez Vargass. El XII. Congreso médico internacional (Moscou 897). — Mi visita à Viena. p. 19. Barcelona 1897 bis 1899.

¹⁷⁾ Anatomie normale de la muqueuse du larynx et complications laryngées de la rougeole. (Thèse de Paris 1874.)

Schwellung der Schleimhaut unterhalb der Glottis zugrunde.¹⁸⁾ Gerhardt und Lövi¹⁹⁾ fanden in den vorgeschrittenen Fällen mehr oder minder ausgebreitete Ulzerationen, die mit Vorliebe an der hinteren Larynxwand sitzen und den Geschwüren ähnlich sind, welche nach prolongierter Intubation auftreten. Da ich bei dem von mir beobachteten Kinde weder sogleich nach der Intubation, noch beim Herausziehen des Tubus nach dem Tode Blutspuren fand, vermute ich, daß es hier nicht zur Bildung solcher Ulzerationen gekommen ist.

Die klinische Diagnose bietet keine Schwierigkeit; will man die Differentialdiagnose zwischen inflammatorischem Krupp und diphtherischem machen, so ist man auf mikroskopische Untersuchung und Kulturverfahren angewiesen.

Die Therapie ist der interessanteste Teil, weil eine Divergenz der Ansichten herrscht über den Vorzug der Intubation oder Tracheotomie. Bei den ersten Anzeichen der Stenose empfiehlt sich die Applikation von Schwämmen, die mit heißem Wasser getränkt sind, oder Inhalationen, wodurch der Spasmus vermindert, die Lösung des Schleims aus der Regio subglottica befördert wird; genügt dies nicht, so gibt man Bromlösung, wird der Spasmus unterdrückt, so entzieht man der Stenose eines der verursachenden Momente. Variot rät, eine kleine Menge Kodein anzuwenden.²⁰⁾

Der moderne Fortschritt besteht außerdem in der Anwendung von prophylaktischen Seruminjektionen.²¹⁾ Ich habe sie zuweilen mit zufriedenstellendem Erfolg benützt. Manche Autoren geben das Serum intern, doch ziehe ich die subkutane Injektion als sicherer vor.

Nimmt die Asphyxie zu, weil das mechanische Hindernis lebensbedrohend wird, so bleibt kein anderer Ausweg als die chirurgische Intervention: das Schwierige liegt dann nur darin, festzustellen, ob man die Intubation aufs Geratewohl vorziehen oder ob man auf jeden Fall zur Tracheotomie schreiten soll. Die Anhänger der letzteren stützen sich darauf, daß beim Masernkrupp der Tubus sehr bald Larynxulzerationen erzeugt, welche in ihren Konsequenzen gefährlich werden, und weil bei Koinzidenz derselben mit Bronchopneumonie der Lungenschleim, der sich sonst leicht durch die Trachealwände entleert, auf dem Wege des Tubus heraufbefördert werden kann. Der Beweis wurde durch viele Tracheotomien erbracht, die notwendig wurden nach dem Fehlschlagen der Intubation. Ich selbst habe diese Ansicht vertreten und den Vorrang der Tracheotomie gegenüber der Intubation auf dem XIII. internationalen medizinischen Kongreß zu Paris 1900 vertreten.²²⁾ In der Pariser

¹⁸⁾ L. c.

¹⁹⁾ Zitiert von Comba.

²⁰⁾ Variot. Sur la codeine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup, 1896.

²¹⁾ Richardière, Netter, Sevestre: Injections prophylactiques de serum antidiphthérique dans la rougeole. (Soc. de pédiatrie, Paris, 18. février 1902.)

²²⁾ Martinez Vargas, Tubage et trachéotomie dans le croup compliqué. Comptes rendus, p. 453. Paris 1900.

pädiatrischen Gesellschaft wurden die Vorteile der einen oder anderen Operationsmethode lebhaft diskutiert. Josias,²³⁾ Netter,²⁴⁾ Variot, Retournard,²⁵⁾ Richardière und Balthazard,²⁶⁾ Sevestre,²⁷⁾ File-Banazzola²⁸⁾ und Massei²⁹⁾ haben diesen Gegenstand weitläufig behandelt. Um kurz zu sein, übergehe ich den Verlauf dieser Diskussion und beschränke mich, auf Grund meiner Erfahrung den Weg zu bezeichnen, den der Praktiker einzuschlagen hat.

Besteht Krupp allein, ohne Komplikation durch Pneumonie, so kommt die Intubation in erster Linie in Betracht. Die Vorteile sind nach den in den letzten Jahren gewonnenen Erfahrungen offenbar. Aber, wenn die Affektion mehr als 30 Stunden fortdauert oder wenn der Tubus mit schwarzen Flecken oder Blutspuren herauskommt und der Verdacht auf laryngeale Ulzerationen rege wird, so muß die Intubation aufgegeben und zur Tracheotomie geschritten werden. Ist der Krupp mit Bronchopneumonie kompliziert, sei es, daß Ulzerationen vorhanden sind oder nicht, ist die Tracheotomie im Prinzip vorzuziehen, dann möge die Intubation nur während einiger Stunden angewendet werden als Mittel zur Prüfung der Resistenzfähigkeit des Patienten, und, wenn man von derselben überzeugt ist, nehme man die Tracheotomie vor. Unter solchen Umständen gewährt die Tracheotomie immense Vorteile gegenüber der Intubation, hauptsächlich diejenigen, welche ich auf dem Pariser Kongreß besprochen habe: sie gestattet die Bronchialecouvillonnage, welche darin besteht, daß man eine weiche Gummisonde in die Trachea und die großen Bronchien einführt und nach auf- und abwärts bewegt; hiedurch lockert sich das Exsudat und wird nach außen entfernt und die Wandungen der Bronchien erfahren eine intensive mechanische Reizung; dadurch reinigt sich der Respirationstrakt, die Bronchialparese wird überwunden und schließlich kann das Leben von Kindern, die schon in Todesgefahr schweben, solcherart noch gerettet werden, wie ich an einem Fall gezeigt habe, der in meiner Arbeit: *Tubage et tracheotomie und Escobilladura bronquial y ventajas de la traqueotomia sobre la intubacion en el garrottillo complicado con pneumonia*³⁰⁾ beschrieben wurde.

²³⁾ Tubage et trachéotomie de la rougeole. (Soc. de thérapeutique, Paris, 10. février 1897.)

²⁴⁾ Tubage dans les laryngites de la rougeole. (Soc. de pédiatrie, Paris, 13. mars 1900.)

²⁵⁾ Tubage et trachéotomie dans la rougeole. (Thèse de Paris, 1898.)

²⁶⁾ Tubage dans les laryngites de la rougeole. (Soc. de pédiatrie, Paris, 9. janvier 1900.)

²⁷⁾ Tubage et trachéotomie dans la rougeole. (Soc. de thérapeutique, Paris, 10. mars 1897.) — Traitement des laryngites de la rougeole. (Soc. de pédiatrie, Paris, 14. Avril 1900.)

²⁸⁾ Considerazioni sull' intubazione nella laringite postmorbillosa. Comunicazione al III. Congresso pediatrico italiano. Torino, 1898.

²⁹⁾ L'intubazione della laringe nei bambini e negli adulti, 1893.

³⁰⁾ Congrès de Paris und Medicina de los Niños, Januar 1901, p. 4.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

A. N. Schkarin. *Ueber den Oesophagus bei Kindern. (Zur Anwendung der Magensonde in der Kinderpraxis.)* (Wratschebnaja Gazetta, 1903, Nr. 42 und 43.)

Verf. führt an der Hand seiner im Laboratorium der Kinderklinik des Prof. N. P. Gundobin ausgeführten Untersuchungen aus, daß der infantile Oesophagus sich von dem Oesophagus eines erwachsenen Menschen durch seine Struktur unterscheidet, u. zw. sowohl durch Merkmale, die dem gesamten Verdauungstraktus und selbst sämtlichen Geweben des infantilen Organismus zukommen, wie auch durch spezielle Merkmale. Zu den ersteren gehören: schwächere Entwicklung der Muskularis, relativ reichlicher Gehalt der Mukosa und Submukosa an Blut- und Zellelementen; zu den speziellen Merkmalen gehört die noch schwache Entwicklung des Deckepithels beim Säugling und namentlich bei der Frucht. Es besteht eine mangelhafte Entwicklung der Papillen, die sowohl quantitativ spärlich vertreten, wie auch an und für sich bedeutend weniger umfangreich sind. Die hauptsächliche Eigentümlichkeit des infantilen Oesophagus liegt darin, daß letzterer verhältnismäßig weniger Schleimdrüsen aufweist, als der Oesophagus eines Erwachsenen. Die Tatsache der schwachen Entwicklung der Schleimdrüsen im Oesophagus ist ein weiterer Beweis dafür, daß Kinder in frühem Lebensalter nur mit flüssiger Nahrung gefüttert werden dürfen, da die Schleimdrüsen des Oesophagus bekanntlich die den Oesophagus passierenden Substanzen anzufeuchten haben. Daß der infantile Oesophagus eine leichtere Vulnerabilität aufweisen muß als der Oesophagus eines Erwachsenen, liegt klar auf der Hand. Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

G. Delamare. *Recherches sur la structure de l'intestin grêle du nouveau-né.* (C. R. de la soc. de biol., 1903, Nr. 28.)

Vergleichende histologische Untersuchungen des Dünndarmes bei Neugeborenen und erwachsenen Menschen und Tieren. Die im Original einzusehenden Detailbefunde lassen erkennen, daß die Entwicklung des epithelialen Gewebsanteiles beim Neugeborenen verhältnismäßig schon weit vorgeschritten ist, nämlich auf gleicher Stufe wie beim Erwachsenen steht. Die Rückständigkeit des jungen Darmes betrifft vorwiegend die Muskelschichten.

Pfaundler (Graz).

L. Kaplan. *Bemerkungen zur normalen und topographischen Anatomie der Thymus usw.* (Inaug.-Diss., April 1903.)

Der Verfasser erörtert an der Hand der Literatur und von 7 Präparaten, die er im Waldeyer'schen Institut untersucht hat, die topographischen Verhältnisse der Thymus mit besonderer Berücksichtigung der Nervenversorgung. Es gelang ihm, einwandfrei nachzuweisen, daß der N. vagus einen Ast zur Thymusdrüse sendet, — eine bisher vielbestrittene Frage — der sich in der Gegend des Ganglion cervicale medium abzweigt und in der Richtung der Carotis comm. zur Thorakalportion der Drüse geht und dort zwei bis drei Zweige abgibt. Er glaubt, daß die Thymus durch Druck auf die Nerven, bzw. den N. laryngeus inferior, Stimmritzenkrampf hervorrufen oder Herzstillstand bewirken kann. Dagegen bezweifelt er, daß

die Thymus die Trachea oder die großen Gefäße derart komprimieren könnte, daß plötzlicher Tod hiedurch hervorgerufen wird.

Lissauer (Berlin).

M. E. Lachowski. *Ueber Veränderungen der Prostata bei Kindern.* Dissertation St. Petersburg. (Wratschebnaja Gazetta 1903, Nr. 34.)

Verf. hat seine Untersuchungen an 150 Leichen ausgeführt und festgestellt, daß das Wachstum der Prostata und die Entwicklung derselben im Sinne einer Differenzierung der Gewebe einander nicht parallel gehen. Im Kindesalter wächst die Prostata langsam; in den ersten Jahren übertrifft die Entwicklung der Drüsenelemente die Zunahme des Wachstums der Drüse selbst. Um das zwölfte Jahr gleicht die Drüse nach dem Baue ihrer Drüsenelemente der Prostata eines Erwachsenen; eine starke Zunahme des Umfanges und des Gewichtes der Drüse tritt im Stadium der Pubertät ein, zu welcher Zeit auch das Muskelgewebe, das elastische Gewebe sowie das Gefäßsystem vollständig ausgesprochen entwickelt erscheinen. Bei Föten in den letzten Monaten des intrauterinen Lebens sowie bei Kindern bis zum Alter von zwei Jahren hat die Prostata den Charakter einer schlauchförmigen Drüse und wird dann allmählich acinös. Konkrementen werden in der infantilen Prostata selten angetroffen und das nur in Form von homogenen Massen.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Terrien und Lamy. *Situation et déplacements physiologiques de la pointe du coeur chez les enfants de 5 à 15 ans.* (Rev. mens. des mal. de l'enfance. Dez. 1903.)

Während unsere Kenntnisse über die normale Lage des Herzspitzenstoßes in den verschiedenen Phasen des Kindesalters ziemlich gut fundierte sind, vermissen die Verfasser sichere Angaben über die Verschieblichkeit des Spitzenstoßes bei Lagewechsel, ganz besonders im Hinblick auf die Diagnostik der Symphyse des Perikards. Sie untersuchten daher bei einer Reihe gesunder Individuen den Herzspitzenstoß in Rückenlage, in linker und in rechter Seitenlage und fanden als hauptsächlichstes Ergebnis eine konstante, weit erheblichere Verschiebung des Spitzenstoßes beim Einnehmen der linken Seitenlage, als beim Einnehmen der rechten Seitenlage. Hieraus würde für die klinische Untersuchung folgen, daß man ein wahres Bild von der Exkursionsweite der Herzspitze durch die alleinige vergleichende Untersuchung in Rückenlage und rechter Seitenlage nicht erhält, so daß man vielmehr auch die Untersuchung in linker Seitenlage hiezu heranziehen muß. Freund (Breslau).

Alexander Low. *The relation of meconium to the foetal appendix.* (Lancet 2. Mai 1903.)

Nach Untersuchung von 25 Föten in bezug auf das Verhältnis des Meconiums zu den verschiedenen Darmabschnitten kommt Low zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Dünndarm. Meconium beginnt die untere Hälfte auszufüllen um die Mitte des vierten Monates.

2. Dickdarm. Um die Mitte des fünften Monates wird das Rektum von Meconium angefüllt, später häuft es sich im Coecum und erst den siebenten Monat in der ganzen Länge des Dickdarms an.

3. Wurmfortsatz. Meconium wurde frühestens um die Mitte des vierten Monates im Wurmfortsatz gefunden und von diesem Zeitpunkte ab, fast in jedem Falle, bis zum Ende des Fötallebens. Die Quantität wechselt und scheint von der Beschaffenheit des Coecums abzuhängen. Wenn letzteres angefüllt ist, so findet sich auch immer Meconium im Appendix, umgekehrt kann aber der Appendix angefüllt sein, während das Coecum leer ist.

Karl Fürth (London).

Greenfield. *Die Assimilationsgrenze für Zucker im Kindesalter.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, S. 666.)

Verf. hat in üblicher Weise an 33 Kindern des verschiedensten Lebensalters die Assimilationsgrenze für Traubenzucker bestimmt. Dieselbe zeigte sich unabhängig

1. vom Körpergewicht,
2. vom Ernährungszustand,

3. von der Natur der Krankheiten der untersuchten Kinder (Tuberkulose, Lues, Rachitis, Anämie, Leber- Milztumor etc.); sie schien dagegen vom Alter des Kindes beeinflusst zu werden, indem sie allmählich anstieg, um sich gegen Ende des ersten Dezenniums derjenigen der Erwachsenen zu nähern. Steinitz (Breslau).

Anna Perlin. *Beitrag zur Kenntnis der physiologischen Grenzen des Hämoglobingehaltes und der Zahl der Blutkörperchen im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., S. 549.)

Verf. hat an einer größeren Anzahl gesunder Kinder über den Hämoglobingehalt und über die Zahl der weißen und roten Blutkörperchen mit dem Hämometer von Fleisch-Miescher, bzw. dem Hämoglobinomometer von Gowers und den Apparaten von Thoma und Thoma-Zeiß Untersuchungen angestellt, deren hauptsächlichste Ergebnisse sie selbst folgendermaßen zusammenfaßt:

Der Hämoglobingehalt ist bei den Neugeborenen in den ersten 3 Tagen am höchsten (116% bis 119%), fängt vom 4. Tage an zu sinken, so daß er im 1. Lebensjahre das Minimum erreicht (58% bis 78%); vom 2. Lebensjahre fängt der Hämoglobingehalt an ununterbrochen zu steigen (im 4. Lebensjahre geht er nicht unter 70%) bis zum 15.—16. Lebensjahre (74% bis 88%).

Die Zahl der roten Blutkörperchen ist in der ersten Woche am höchsten (5,280.000 bis 7,550.000), fängt vom 4. Tage an geringer zu werden, im 1. Lebensjahre ist sie am niedrigsten (4,200.000 bis 5,300.000), steigt dann etwa bis zum 4. Jahre (4,750.000 bis 5,600.000), bleibt bis zum 8. Lebensjahre fast in gleicher Höhe (4,500.000 bis 5,600.000); von diesem Zeitpunkte fängt wieder das kontinuierliche Steigen an bis zum 16. Lebensjahre (4,800.000 bis 6,000.000).

Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist in den ersten 2 Tagen nach der Geburt am höchsten (15.800 bis 19.000), vom 3. Tage an beginnt das Sinken bis zum 4. Lebensjahre (8240 bis 13.400), bleibt dann fast auf gleicher Höhe bis zum 8. Lebensjahre (7800 bis 13.400), sinkt dann rasch bis zum 16. Lebensjahre (7000 bis 9220).

Aus den mitgeteilten Daten ist noch hervorzuheben, daß Hämoglobingehalt und Zahl der roten Blutkörperchen bei Kindern besser situierter Familien etwas höher liegen als die eben zitierten Mittelwerte von Kindern der ärmeren Klassen. In keiner Periode des Kindesalters finden sich bei den beiden Geschlechtern Differenzen im Hämoglobingehalt und in der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen.

Aus einigen mitgeteilten, an kranken Kindern erhobenen Blutbefunden ist zu erwähnen, daß der Hämoglobingehalt der Rhachitiker wesentlich niedriger gefunden wurde als der gleichaltriger gesunder Kinder, während zugleich die Zahlen der Blutkörperchen nicht wesentlich von denen der Gesunden abweichen.

Weigert (Breslau).

Kopetzky. *The selection of the anaesthetic in children. (Die Narkosenauswahl bei Kindern.)* (Med. Record, 3. Oktober 1903.)

Verf. zieht die Stickstoffoxyduläther-Methode vor und meint, daß das Chloroform bei Kindern nicht weniger Gefahr bietet als bei Erwachsenen.

Wachenheim (New-York).

E. Fraenkel. *Ueber die Erkrankungen des roten Knochenmarkes, besonders der Wirbel und Rippen, bei akuten Infektionskrankheiten.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 12, Heft 4, S. 419.)

Verf. unternahm systematische Untersuchungen entkalkter Wirbel- und Rippenstücke bei Affektionen, die durch den *Diplococcus lanceolatus* (fibrinöse Pneumonie, Pleuritis purul., Endocarditis und Meningitis purul.), durch den *Streptococcus pyogen.* (Erysipel, Phlegmonen, Panaritien, Bubonen, nekrotische Angina, Scharlach) durch Staphylokokken, Diphtherie- und Tuberkelbazillen hervorgerufen waren. Hierbei wurde festgestellt, daß in den meisten untersuchten Fällen „entweder das Grundleiden bedingende oder zu Misch-, resp. Sekundärinfektionen Anlaß gebende Mikroorganismen in das rote Mark eindringen.“ Bei Tuberkulose konnte der spezifische Erreger nie, bei Diphtherie nur einmal im roten Marke nachgewiesen werden. Dagegen fanden sich auch bei diesen Affektionen im Marke der Wirbel und Rippen Streptokokken und Staphylokokken. Bei Scharlach, dessen spezifischer Erreger noch nicht bekannt ist, waren fast stets Streptokokken im roten Marke vorhanden. Ein Anhaltspunkt für das Eindringen und für die Zeit des Verweilens der Krankheitserreger im Marke konnte nicht gefunden werden. — Die Möglichkeit, daß es sich nur um postmortale Einwanderungen handeln könnte, wird unter anderem durch die Veränderungen ausgeschlossen, die die histologische Untersuchung

des Markes ergab. Verf. fand häufige, frische Extravasate, seltener Pigmentbildung, Nekrosen und Hämorrhagien im Marke, ferner eine Vermehrung der Riesenzellen und der kleinen meist in Haufen angeordneten mononuklearen Lymphozyten.

Bezüglich der übrigen sehr interessanten Befunde und Schlußfolgerungen des Verf. muß auf das Original verwiesen werden.

Weigert (Breslau).

G. A. Motschan. *Veränderungen in der Leber bei Kindern bei manchen akuten infektiösen Erkrankungen (Diphtherie, Scharlach, Masern) sowie bei Gastroenteritiden.* (St. Petersburger Dissertation 1903. Medicinskoe Obosrenie 1903, Bd. 60. Heft 17.)

Verf. hat die Leber in 15 Fällen von reiner Diphtherie, in 5 Fällen von Scharlach, in 3 Fällen von Masern, in 2 Fällen von mit Diphtherie komplizierten Masern, in 4 Fällen von mit Scharlach komplizierter Diphtherie, in 1 Falle von mit Diphtherie kompliziertem Scharlach, in 1 Falle von mit Scharlach komplizierten Masern, in 1 Falle von Masern mit vorangegangenen Keuchhusten und in 8 Fällen von akuter Gastroenteritis untersucht. Das Alter der Kinder schwankte in den Grenzen zwischen 19 Tagen und 9 Jahren. Der Tod war zwischen dem 2. und 50. Tage seit Beginn der Erkrankung eingetreten. Die in der Leber der an den genannten Krankheiten zugrunde gegangenen Kinder vorgefundenen Veränderungen bestanden sowohl in degenerativen wie entzündlichen Erscheinungen. Als degenerative Erscheinungen waren vorhanden: trübe Schwellung und parenchymatöse sowie fettige Degeneration des Zellprotoplasmas; als entzündliche Erscheinungen bestanden: Blutüberfüllung (Erweiterung) der Gefäße, zirkumskripte Ansammlungen von lymphoiden Elementen und Neubildung aus jungem Bindegewebe in der Umgebung der Lobuli mit häufigem Untergang der Leberelemente. Bei Scharlach und bei den gemischten Infektionen waren die Veränderungen der Leber stets stark ausgesprochen, u. zw. je nach der Krankheitsdauer. Bei akuten Gastroenteritiden wurden stets entzündliche Erscheinungen beobachtet. In den Fällen, in denen die interstitiellen Veränderungen in der Leber besonders stark ausgesprochen waren, erinnerten sie an das Bild, welches das Initialstadium der Leberzirrhose darbietet.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

C. Cattaneo. *Nota preventiva sulla tossicità degli ascaridi.* (Vorläufige Mitteilung über Toxizität der Askariden.) (La pediatria Nr. 5, 1903.)

Für seine Versuche hat Verf. Askariden gebraucht, die er von Kindern durch spontane Entleerung oder von Kälbern direkt aus dem Darm genommen hatte, und sie 24 bis 26 Stunden hindurch in einer Flüssigkeit lebendig erhalten können, die von ihm so zusammengesetzt worden war: ClNa-Lösung (ca. 75%) g 100, Glykokosium g 4, Pepton Witte g 0.50, Natrium bicarbonicum g 0.40. Eine solche, zuerst sterile Flüssigkeit wurde nach 24 Stunden reich

an Bakterien (*B. coli*, Streptokokkus und einmal ein fluoreszenter Bazillus) und auch alkalisch sauer. Die aus der Chamberlandschen Kerze erhaltene sterile Filterflüssigkeit (A) und die Filterflüssigkeit aus den Kulturen (B) wurden zu endoperitonealen Injektionen bei Meerschweinchen verwendet, nachdem mit der Maragliano'schen Methode die hämolytische Wirksamkeit der Filterflüssigkeit A auf das Blut von zwei Kindern nachgewiesen worden war (Hämolyse resp. = 100% und 75%). Die 6 mit 5 cm³ der Filtrierflüssigkeit A injizierten Meerschweinchen haben alle mehr oder weniger krankhafte Erscheinungen sowie die bekannte Parese der hinteren Extremitäten, nie aber Zuckungen aufgewiesen. Drei Meerschweinchen sind gestorben, u. zw. stehen die Erscheinungen in einem gewissen Verhältnisse zu der Anzahl der verwendeten Askariden und zur Menge der injizierten Lösung. Verf. glaubt, daß man mit seinem Verfahren eine Infektion ausschließen könne und daß es sich um reine Intoxikation handle. Die Toxine mußten aus den Askariden stammen, da die Filterflüssigkeit B, auch in größerer Menge (10 cm³) injiziert, absolut negativen Erfolg ergab. So ist diese Zunahme der toxischen Wirksamkeit von Bakterien beim Durchgang durch die Askaride ausgeschlossen. Der Säure der Lösung kann man aber eine solche Wirksamkeit auch nicht zuschreiben, da eine so kleine Menge keine krankhafte Erscheinung hervorrufen kann. Tod durch Chok ist unzulässig, da er nicht durch reichlichere Injektionen erfolgt. Deshalb neigt Verf. dahin, zu glauben, daß das Gift ein Produkt des organischen Metabolismus der Askaride sei. Verf. bemerkt jedoch, daß die toxische Wirksamkeit dieses Produkts immer eine spärliche sei, da eine große Menge dazu gehört, um krankhafte Erscheinungen zu bedingen und daß seine Wirksamkeit gewiß um so weniger toxisch wäre, wenn es anstatt im Peritoneum im Darm angewendet werden würde. Verf. hält sich weitere Forschungen bevor.

Dotti (Florenz).

L. Martin. *Propriétés du sérum antidiphthérique.* (C. R. de la soc. de biol.)

Verf. versuchte eine Art lokaler Anwendung des Diphtherieheilserums, indem er Kranke mit Rachendiphtherie aus Gummi und Heilserum präparierte Pastillen in den Mund nehmen ließ. Er will beobachtet haben, daß hierbei die Schmerzen rasch verschwanden, die Membranen sich verfärbten und löslösten und die Menge der örtlich nachweisbaren Bazillen in kürzester Zeit abnahm.

Pfaundler (Graz).

Josef Schwoner. *Ein Beitrag zur Kenntnis der Pseudodiphtheriebazillen.* (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50, 1903.)

Als Pseudodiphtheriebazillen im weitesten Sinne sind diejenigen diphtherieähnlichen Stäbchen zu bezeichnen, welche von einem agglutinierenden Diphtherieserum entweder gar nicht oder nur in ganz niederen Werten agglutiniert werden. Zu dieser Definition haben schon frühere Untersuchungen den Autor geführt. Weitere Experimente mit zwölf Stämmen brachten nun folgende Ergebnisse:

Die Pseudodiphtheriebazillen lassen sich deutlich in zwei Gruppen scheiden. Gruppe A deckt sich in kultureller und morphologischer Hinsicht vollständig mit dem von Hofmann beschriebenen Pseudodiphtheriebazillus. Die dahin gehörigen Stämme haben als gemeinsame Merkmale Alkaliproduktion, rasches massiges Wachstum auf Agar, rahmiges Wachstum auf der Kartoffel, Agglutinierbarkeit durch poly- und monovalentes Serum und leichte Differenzierung gegenüber dem Loefflerschen Bazillus. Die Gruppe B charakterisiert sich durch geringe Alkaliproduktion, eventuell geringe Säurebildung, geringes, langsames, zartes Wachstum auf Agar, ganz geringfügiges Wachstum auf der Kartoffel, Agglutination des homologen Stammes und durch das homologe Serum und durch morphologische und kulturelle Ähnlichkeit mit dem Loefflerschen Bazillus.

Für die Gruppe A wäre der Name „Hofmannsches Stäbchen“ zu empfehlen. Die Gruppe B hingegen hätte als die der eigentlichen Pseudodiphtheriebazillen zu gelten, denen auch die sogenannten Xerosebazillen und die von Pfeiffer in der normalen männlichen Urethra gefundenen Bakterien zuzuzählen sind.

Neurath (Wien).

Hermann Keller. *Die physiologische Wirkung des Solbades und des kohlenstüchhaltigen Solbades.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Heft 10, S. 524.)

I. Die Frage der Hautresorption von Salzen ist noch strittig, aber festgestellt ist die Imbibitionsfähigkeit der Haut, vermöge welcher die Badebestandteile in die Oberhaut und bis ins Korium vordringen. Diese in die Haut eindringenden Salze und der zentrifugale Sekretionsstrom entfalten nun durch Reizung der zahllosen Nervenendigungen und durch Beeinflussung der Blut- und Lymphzirkulation der Haut die sogenannte Kontakt- oder Adhäsionswirkung. Die Solbadwirkung ist demnach eine lokale oder primäre und eine allgemeine oder sekundäre.

II. Die Solbäder wirken durch die Masse des Wassers, durch seine Temperatur, den Salzgehalt inklusive Gehalt an Gasen, durch die Konzentration und wahrscheinlich auch auf elektrischem Wege.

III. Die Hautreize lösen auf reflektorischem Wege eine Anzahl von Wirkungen aus durch Beeinflussung der Wärmeregulation, der Blutzirkulation, der Respiration, der Sekretion verschiedener Drüsen, der Resorption im Darmkanal, des Stoffwechsels, der Harn- und Schweißabsonderung und der Menstruation. Eine weitere Folge ist die Resorption von Exudaten und Transsudaten, Entzündungsresiduen und Hyperplasien.

IV. Die bis jetzt sicher und allgemein anerkannten physiologischen Einzelwirkungen des Solbades sind: 1. Die Hautsensibilität wird gesteigert; 2. der osmotische Druck erhöht; 3. die roten Blutkörperchen werden unbedeutend vermehrt, die weißen vermindert; 4. die Atmung wird verlangsamt und vertieft; 5. der respiratorische Gaswechsel erhöht; 6. die Pulsfrequenz herabgesetzt, der Blutdruck erhöht; 7. günstige Beeinflussung des Stoffwechsels.

V. Die kohlenstüchhaltigen Solbäder haben ihre ganz bestimmte Einwirkung, wenngleich sie sich im allgemeinen in ihren physiologischen und klinischen Wirkungen den Solbädern angliedern. Zuppinger (Wien).

J. S. Kolbasenko. *Ueber Alkoholumschläge.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Nr. 12, S. 635.)

Kolbasenko hat an sich selbst bei Septikämie und an zahlreichen Patienten die überaus günstige Wirkung des Salzwedel-

schen Alkoholverbandes erprobt; neben der Entzündungs- und Eiterungshemmung besonders auch Schmerzstillung. Auch bei Scharlach — am Halse — und bei phlegmonöser Angina leistete er ihm gute Dienste. Kolbasenko plädiert für eine allgemeinere Anwendung, besonders in der Praxis auf dem Lande.

Zuppinger (Wien).

Hecker. *Ueber Bereitung von Kefir.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Nr. 12, S. 622.)

Genaue Angabe über die Bereitung des Kefir auf die beste und billigste Weise, wobei Hecker betont, daß auch schon gebrauchte Kefirkörner noch nach Jahren unverminderte Wirkung zeigen. Durch die Kefirgärung sollen alle anderen Mikroorganismen zugrunde gehen, so daß man die Milch nicht zu sterilisieren braucht. Bekannt ist, daß Kefir viel besser und länger als gewöhnliche Milch vertragen wird. Schwach vergoren wirkt er leicht abführend, älterer Kefir stopfend. Hecker tritt für die Anwendung im Säuglingsalter und weitere Verbreitung ein.

Zuppinger (Wien).

William Kraus (Berlin). *Ueber Triferrin.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Nr. 10, S. 509.)

Triferrin ist das Ferrisalz der Parankleinsäure, eine rotbraune, pulverförmige, in Wasser unlösliche Substanz und enthält ca. 22% metallisches Eisen und 2,5% Phosphor. Kraus wendete es bei 35 Patienten an und betont die Wirksamkeit und Brauchbarkeit dieses neuen Präparates.

Zuppinger (Wien).

J. Rommel. *Ueber Unguentum argenti colloidalis Crédé, seine Anwendungsweise und Wirkung.* (Therapeutische Monatshefte 1903, Nr. 10, S. 530.)

Rommel ist ein ganz begeisterter Anhänger dieser Therapie und wir wünschen ihm, daß er auch fürderhin es bleiben kann. Bei Erwachsenen wendete er anfangs 3 g, später 4 bis 5 g täglich, bei Kindern 2 g und im ersten Lebensjahre 1 g an. Die Hautreibungen am Oberschenkel, Rücken oder Oberarm sollen mindestens 25 Minuten dauern, bei Kindern 15 Minuten. Bei akuten septischen Phlegmonen, chronischer Osteomyelitis, Erysipel, Puerperalfieber, Mastitis und multipler chronischer Furunkulosis zeigte ihm das Unguentum Crédé wunderbare Wirkung; ebenso beim akuten Gelenkrheumatismus. Besonders rühmt er auch diese Behandlung bei Blinddarmentzündung, solange noch keine Abszedierung besteht, und bei Pneumonie, Pleuritis exudativa, Influenza und Angina. Aber auch bei Scharlach und Masern sah er äußerst günstige Erfolge dieser Silberbehandlung. Bei Masern sollen durch dieselbe die Mittelohreiterungen ausbleiben; waren aber bei Einsetzen der Behandlung schon die Anfangssymptome vorhanden, gingen sie in kurzer Zeit zurück. Im übrigen sah Rommel nie die leisesten schädlichen Nebenwirkungen.

Zuppinger (Wien).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Ensch. *Die Untersuchung der Nasenatmung und des Gehörs in der Schule.* (Journal médical de Bruxelles, 2. Juli 1903, Nr. 26.)

Die Gemeinde von Schaerbeek hat bereits früher die zahnärztliche Inspektion in den Schulen eingeführt. Dieses Jahr wurde die regelmäßige Untersuchung der Kinder hinsichtlich des Gehörs und der nasalen Respiration angeordnet. Diese Inspektion hat den Zweck, die Aufmerksamkeit der Eltern auf die verschiedenen Affektionen zu lenken, welche sich durch Störungen in der Nasenatmung wiederum Gehörsstörungen manifestieren und sehr oft vom Patienten selbst ignoriert werden.

Das erste Untersuchungsergebnis dieser Enquete ergab, daß bei einer Klasse von 40 Schülern durchschnittlich zwölf eine schwere Gehörsstörung besitzen und daß bei ihnen das Ohr oder der Nasenrachenraum medizinischer Eingriffe bedürfen.

Hendrix (Brüssel).

Pearce. *Relation of the public school to the seminary and college as to psychoses.* (Verhältnis der Kommunal Schulen zu den Hochschulen in bezug auf Psychosen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 11. November 1903.)

Herdman. *Best method of counteracting psychoses due to the strain and stress incident to our public school methods.* (Die Verhütung von Psychosen, welche auf Ueberbürdung und Ueberanstrengung durch unser Schulsystem zurückzuführen sind.) Ibid.

Nichts besonders neues. Es wird namentlich auf die Konsequenzen von Refraktionsfehlern hingewiesen; dann auf mangelhafte Anpassung des Lehrplanes der Vorschulen an den der Hochschulen. (Die ersteren haben mit dem rapiden Fortschritte der letzteren, zum Teile nach dem Muster der deutschen Universitäten, nicht Schritt gehalten, worüber in letzter Zeit seitens der Hochschullehrer viel geklagt wird.) Wachenheim (New-York).

H. Schlöß. *Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern.* (Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 50, S. 2353.)

Nach Besprechung der körperlichen Degenerationszeichen bei den durch erbliche Belastung zu Psychosen disponierten Kindern und der funktionellen Störungen, die dieselben darbieten und unter welchen namentlich das häufige Auftreten von Konvulsionen bei den verschiedensten physiologischen und pathologischen Vorgängen hervorgehoben wird, bemerkt der Autor, daß die Behandlung von derlei Kindern unter Umständen schon vor der Geburt derselben beginnen kann. Ist das Kind geboren, soll es nicht von der eigenen Mutter, sondern von einer körperlich und geistig gesunden Amme gestillt werden. Betreffs des hygienischen Verhaltens wird vor allem auf reichlichen Schlaf in gut gelüfteten, nicht zu warmen Räumen, auf

vernünftige, nicht drastische Abhärtung und reichliche Zufuhr frischer Luft Gewicht gelegt. Vor der Nähe des geheizten Ofens und der längeren Bestrahlung des Schädels durch die Sonne wird gewarnt. Da nach Infektionskrankheiten die verschiedensten Formen psychischer Erkrankung bei belasteten Kindern beobachtet wurden (einschließlich der großen Neurosen), so sind derlei Kinder sorgfältig vor jeder Ansteckungsgefahr zu behüten und nach eventuell überstandener Krankheit auf die Ermüdung des Nervensystems zu achten (Erschöpfungspsychose). Eine besondere Vorsicht erheischt die Anwendung von Medikamenten, hauptsächlich aber die Vornahme operativer Eingriffe.

Bei der Erziehung der Kinder sind folgende Punkte zu berücksichtigen: Entfernung des Kindes vom elterlichen Einflusse und Verkehr. Fernhaltung von Schreck, Angst, Schmerz. Vermeidung irritierender Getränke (Tee, Kaffee, Alkohol), des Tabakgenusses und rasch aufeinanderfolgender Eindrücke (Reisen, Theater), vielmehr Ruhe und häusliche Zurückgezogenheit erforderlich. Beaufsichtigung in bezug auf das bei solchen Kindern frühzeitige Erwachen des Geschlechtstriebes (Onanie, Masturbation)! Weiters Vermeidung unvernünftiger körperlicher Züchtigungen (Schläge auf den Kopf, Ohrfeigen, Reißen bei den Haaren und Ohren) und nicht zu frühes Anhalten zum Lernen. Bezüglich der künftigen Berufswahl wird Forst- und Landwirtschaft und Gärtnerei empfohlen.

Unger (Wien).

Ernährung und Stoffwechsel.

P. Giavotti. *La crioscopia delle urine nell' infanzia.* (Die Kryoskopie des Harns im Kindesalter). (La Clinica medica, Nr. 7. 1903.)

Aus der kryoskopischen Untersuchung des Harns in 14 Fällen der Kinderklinik in Florenz und bei 16 gesunden Kindern geht Verf., nach einer vollständigen Uebersicht über die diesbez. Literatur, zu einigen Betrachtungen über, auf Grund deren er behauptet, daß die Hypothese Koranyis über die Nierensekretion (Zeitschr. f. klin. Med. 1897—1898) nicht zur Würde eines physiologischen Gesetzes erhoben werden könne.

Auch das Verhältnis zwischen der Gesamtanzahl der im Harn gelösten Moleküle und dem Prozentsatz der im Harn enthaltenen Chlorüre ($\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$), wäre kein nützlicher Anhaltspunkt.

Die molekuläre Konzentration des Harns von Säuglingen steigt von einem Minimum von beinahe 0° langsam auf, und Δ übersteigt nie 1°. Die Chlorüre, obwohl sie sich vermehren, bleiben doch immer ziemlich spärlich, so daß der Wert von $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ ein höherer ist.

Die molekuläre Konzentration des Harns im höheren Kindes-

alter hat so ziemlich dieselben Werte wie beim Erwachsenen. Auch hier ist der Wert von $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ höher als der von Koranyi und andern Autoren (Bousquet) angegebene.

Auch die Formeln Claudes und Balthazards, die auf die Koranyis gegründet sind, fußen keineswegs auf sicheren Grundlagen, da ihnen zahlreiche Tatsachen widersprechen.

Von Wichtigkeit ist der Gefrierpunkt des Harns im Verhältnis zur Menge des in 24 Stunden abgegebenen Harns. Ein Δ unter 1^0 oder ein wenig darüber, mit normaler oder subnormaler Diurese, spricht für eine Nierenläsion. Wenn die Diurese reichlich ist, so hat ein solcher Befund keinen Wert.

Obwohl im Allgemeinen bei Albuminurie infolge von Fieber, Stauung, Zystitis ein ziemlich hohes Harn- Δ besteht, ist ein solcher Befund für die differenzielle Diagnose der betreffenden Krankheiten von einem Nephritisprozeß dennoch nutzlos, da, bei kräftigen Nieren, der Wert von Δ auch in Fällen von Nierenläsionen ein hoher sein kann.

Dotti (Florenz).

Labbé. *Épreuve de la chlorurie alimentaire dans la scarlatine et la diphthérie de l'enfance** (Archives de méd. des enfants 1903.)

Unter alimentärer Chlorurie versteht man nach französischen Autoren die Ausscheidung von per os oder subkutan beigebrachtem Kochsalz. Von Achard, Loeper und anderen war für die Pneumonie, Typhus etc. festgestellt worden, daß die alimentäre Chlorurie im akuten Stadium ausblieb, Chlornatrium retiniert wurde.

Labbé untersuchte nun, wie sich die Ausscheidungsverhältnisse von aufgenommenem Kochsalz bei Scharlach und Diphtherie stellten. Es zeigte sich, daß die alimentäre Chlorurie sich in jedem Stadium des Scharlach normal verhielt, d. h., daß das per os aufgenommene Kochsalz auch quantitativ unter geringer Erhöhung der Urinmenge rasch ausgeschieden wurde.

Bei der Diphtherie war die alimentäre Chlorurie undeutlich. Die Ausscheidung von Chlor erfolgte entweder langsam, oder in schweren, tödlich verlaufenden Fällen kam es zu einer Chlorretention.

Steinitz (Breslau).

Richter. *The digestion of milk. (Die Verdauung der Milch.)* (Amer. Medicine, 31. Oktober 1903.)

Verf. meint, daß der mäßige Gebrauch gewisser Antiseptika, namentlich Formalin, in der Milch weniger Schaden anrichtet als die Benutzung einer solchen mit starker bakterieller Verunreinigung. Es ist jedoch bei der Anwendung von Formalin u. dgl. streng geboten, daß sie bloß unter staatlicher Kontrolle gestattet sei; sonst wäre grober Unfug zu erwarten. Wachenheim (New-York).

R. Raimondi. *Conséquences pratiques de l'usage du lait vivant.* (Arch. de méd. des enfants, VI. Bd., 1903, S. 612.)

Seit zwei Jahren verwendet Verf. in der Pouponnière von Porchefontaine zur Säuglingsernährung eine Milch, die, unter

*) Siehe auch Referat S. 374 dieser Monatsschrift.

aseptischen Kautelen von tuberkulosefreien Kühen gewonnen, nicht gekocht oder sterilisiert, 20 Minuten nach dem Melken verfüttert wird.

Nach seinen Angaben sind die Erfolge glänzend: Ernährungsstörungen nicht häufiger als bei Brustkindern, regelmäßige Körpergewichtszunahmen, keine Rachitis, normale rosige Hautfarbe.

Keller.

M. Grégoire. *Sur une particularité de la réaction d'Umikoff dans l'examen du lait de femme.* (C. R. de la soc. de biol., 1903, Nr. 12.)

Das Auftreten der Umikoffschen Reaktion in der Frauenmilch ist nach Siebers Untersuchungen bekanntlich abhängig von dem Zitronensäure- und Eisengehalte des Sekrets. Grégoire machte nun die Beobachtung, daß jene Reaktion während der wiederkehrenden Menstruation der Frauen an Intensität abnehme, bzw. ganz verschwinde. Er meint, dies komme daher, daß bei menstruierenden Frauen Eisenverbindungen im Menstrualblut durch die Geschlechtswege ausgeschieden werden, die sonst in die Milch übergehend, die Umikoffsche Reaktion auftreten lassen. Verabreichung von Zitronensäure und Eisenpeptonat hat keinen Einfluß auf das Verhalten der Frauenmilch bei Anstellung der Umikoffschen Reaktion. Die Reaktion lasse den Eisengehalt der Milch approximativ schätzen.

Pfaundler (Graz).

Park and Holt. *Report upon the results with different kinds of pure and impure milk in infant-feeding in the tenement-houses and institutions of New York City.* (Bericht über die Erfolge mit verschiedenen reinen und unreinen Milchsorten bei der Ernährung von Kindern in den Mietskasernen und Anstalten von New-York.) (Arch. of Pediatrics, Dezember 1903.)

I. Milchbeschaffenheit. Von den verschiedenen bei der Bevölkerung verwendeten Milchsorten wurden 239 Bakterienarten gezüchtet, von denen jedoch keine pathogen war. Diese Sorten umfaßten: a) kondensierte Milch; meist wird die verzuckerte in Blechkannen, seltener die frische unverzuckerte gebraucht; b) in den Läden käufliche (zu 16 Pf. pro L.), meist von schlechter Qualität, mit bis 20,000.000 Bakterien pro cm³; c) Milch in Flaschen direkt von der Molkerei, von guter Beschaffenheit, mit gelegentlich bis zu 500.000 Bakterien (zu 32 Pf. pro L.); d) „garantierte“ Milch wurde in gewissen Fällen probiert, diese ist keimfrei, aber für die Arbeiterbevölkerung zu teuer (50 Pf. pro L.); e) Milch aus den Stationen gewisser Polikliniken und der „Nathan Strauß-Stiftung“, die letztere mit vielen Filialen über die ganze Stadt zerstreut, Qualität gut, in Flaschen, vielfach für die Kinder modifiziert, zum Kostenpreis verabreicht.

II. Anwendung. Die wenigsten Säuglinge der ärmeren Bevölkerung werden künstlich genährt. Die allermeisten Mütter verstehen den Wert des Sterilisierens, wobei gewöhnlich die Milch bloß zum Aufbrausen, nicht zum Sieden gebracht wird. Dann wird im Sommer die Milch in Flaschen auf Eis gelegt (für arme Leute gibt

es freie Eisstationen), für den Gebrauch mit Wasser, Kalkwasser oder Gerstenschleim vermischt. Kindermehle finden im allgemeinen recht wenig Anwendung, wenigstens in den ersten Lebensmonaten.

III. Resultate. Bei künstlicher Ernährung gediehen im Winter 93% der beobachteten Kinder, im Sommer nur 69%. Detaillierte Aufzeichnung in der heißen Jahreszeit ergab folgendes: am schlechtesten ging es mit der kondensierten Milch, nicht ein Viertel der Kinder gediehen dabei, trotz evidenter Sterilität der Nahrung; der übergroße Zuckergehalt wirkte wohl deletär. Bei der Milch sub b) und c) verhielt es sich ziemlich gleich, ca. 60% gediehen; obwohl sub b) häufigeres und schwereres Erkranken bestand, ist die relative Ausgleichung durch das Erhitzen der Milch nicht zu verkennen. Bei Anwendung der Poliklinik- resp. Strauß-Milch gediehen 81% der Kinder, die Verabreichung geschah aber zum Teil unter ärztlicher Kontrolle, der man das meiste an dem guten Erfolge zuschreiben muß, denn die Milch selber war kaum besser als die Milch sub c). Bei der „garantierten“ Milch gediehen alle Kinder, sie waren aber sämtlich unter ärztlicher Aufsicht. Experimente mit roher Milch fielen, trotz Überwachung, im Sommer sehr schlecht aus. Es bleibt noch zu erwähnen, daß bei Kindern über drei Jahren alle diese Unterschiede wegfielen, reine und unreine Milch waren ziemlich gleich zuträglich.

IV. Schlußfolgerungen. Im Winter ist die Provenienz der Milch nicht von besonderem Belang, im Sommer scheint die Grenze der Verwertbarkeit bei 1,000.000 Bakterien im cm^3 zu liegen, was im Winter selten erreicht wird. Nebst antlicher Kontrolle der Milch scheint ärztliche Ueberwachung künstlich genährter Kinder dringend notwendig zu sein. Wachenheim (New-York).

E. Schlesinger. *Die Anämie und Leukozytose bei der Pädatrie und Gastroenteritis.* (Archiv für Kinderheilk., Bd. 37, Heft 5 u. 6, Seite 321.)

Verf. hat an atrophischen Säuglingen und an Gastroenteritikern mit profusen Durchfällen Untersuchungen bezüglich der Erythrozytenzahl, des Hämoglobingehaltes, des spez. Gewichtes und der Leukozyten angestellt.

Bei den atrophischen Säuglingen fand Verf. Zahlen für die Erythrozyten, die denen gleichaltriger gesunder Säuglinge nahekommen. Er sieht diesen Befund jedoch nicht als einen reellen an, supponiert vielmehr aus dem bei denselben Kindern gefundenen hohen Wert des Hämoglobingehaltes und besonders des spez. Gewichtes, daß es sich in diesen Fällen tatsächlich um anämisches Blut handle, das nur durch Plasmaverlust in gewissem Grade eingedickt sei. Zur Begründung dieser Ansicht sowie zur Erklärung der weiteren Tatsache, daß bis auf 50—40% des normalen Körpergewichtes Gleichaltriger herabgekommene Säuglinge im Gegenteil niedrige Erythrozytenzahlen und niedriges spez. Gewicht aufweisen, muß Verf. dann annehmen, daß bei diesen Säuglingen die regenerative Fähigkeit bezüglich der Erythrozyten gelitten habe.

Bei der Gastroenteritis ist nach starken Durchfällen der Befund fast der gleiche. Die Ursache findet Verf. hier in der durch die nicht sogleich ersetzten Wasserverluste bedingten Bluteindickung.

(Die vom Verf. in beiden Fällen gewählte Erklärung dürfte kaum widerspruchsfrei angenommen werden. Das hohe spez. Gewicht des Blutes in den ersten Stadien der Atrophie und der Gastroenteritis ist kein absoluter Beweis einer Eindickung. Das spez. Gewicht des Blutes ist ein Wert, der sich aus zu vielen und zu verschiedenartigen Faktoren zusammensetzt, um in dem herangezogenen Sinne ausgenützt werden zu dürfen. Abgesehen davon, können die hohen Zahlen, die überdies in einem gewissen Stadium der Erschöpfung des erkrankten Organismus wieder verschwinden, ungezwungener durch den auf dem Blutwege vor sich gehenden Transport von Reservematerialien erklärt werden. Ref.)

Von pathologischen Formen roter Blutkörperchen wurden nur Mikrozyten und Dellenformen angetroffen.

Bei reiner Atrophie fand Verf. meist eine Hypoleukozytose; selten zeigt sich eine — polynukleäre — Hyperleukozytose. Diese wird alsdann vom Verf. durch Komplikationen (Rachitis, Bronchitis, Hautaffektionen) begründet.

Bei Gastroenteritis ergab sich meist eine — lymphozytäre — Hyperleukozytose, wie sie Verf. schon früher im Tierexperiment durch Injektionen von Kolikulturen hervorrufen konnte.

W e i g e r t (Breslau).

Warfield. *Some practical points thought by the discovery of the bacillus dysenteriae in the stools of infants suffering from summer diarrhoea. (Praktische Schlußfolgerungen aus der Entdeckung des Bac. dysenteriae bei der Sommerdiarrhöe der Säuglinge.)* (Med. Record, 7. November 1903.)

Die Tatsache, daß wir es bei einer Reihe dieser Fälle mit einem Bazillus der Coli-Gruppe zu tun haben, weist uns darauf hin, gegen derartige Erkrankungen dieselben prophylaktischen Maßregeln wie gegen den Typhus abdominalis anzuwenden.

W a c h e n h e i m (New-York).

Zahorsky. *The Leucocytes in the summer-diarrhoea of infants. (Die Leukozyten bei der Sommerdiarrhöe der Säuglinge.)* (New York Med. Journ., 12. September 1903.)

Verf. beobachtete eine mäßige Leukozytose mit Zunahme der polynukleären Leukozyten und Abnahme der Lymphozyten. Aus dem Grade der relativen Verschiebung der Zellenverhältnisse meint Verf. Schlüsse auf die Schwere des Prozesses ziehen zu können.

W a c h e n h e i m (New-York).

Discussion on the relation of the bacillus of Shiga to the summer diarrhoeas of children. (Diskussion über das Verhältnis des Bazillus von Shiga zur Sommerdiarrhöe der Kinder.) (Amer. Pediatric Society, Washington, Mai, 1903. Arch. Pediatrics, Nov. 1903.)

Flexner (Philadelphia): Im Wilson Sanatorium für Kinder, Duval and Basset, („Amer. Medicine, 13. Sep. 1902. „Cb. f. Bakteriologie“ 22. Dez. 1902) wurde in zirka 50 Fällen von Durchfall bei Kindern ein Bazillus der Koligruppe gefunden, welcher mit dem von Shiga und anderen bei der orientalischen Dysenterie entdeckten Bazillen in bezug auf biologische Verhältnisse übereinstimmte. Das Blutserum der betroffenen Kinder agglutinierte Kulturen des betreffenden Bazillus, der Nachweis der entsprechenden Intoxikation war demnach klar. Vortragender möchte noch auf bakteriognostische Schwierigkeiten hinweisen; die Isolierung des Shiga-Bazillus ist durch den Kunstgriff wesentlich gefördert, daß man bei den Kulturplatten vom Darminhalt alle Kolonien ausschaltet, die sich innerhalb der ersten 24 Stunden entwickeln, weil der gewünschte Mikroorganismus langsamer auskeimt als das *Bacterium coli commune*. Oft sind die Shigabazillen so spärlich, daß sie von den anderen Bakterien überwuchert werden, und deshalb nicht leicht herauszufinden sind.

Park (New-York) beobachtete eine Epidemie von Shigabazillus-Dysenterie nördlich von der Stadt, es waren daselbst meistens Erwachsene befallen. Er möchte hervorheben, daß die Agglutinationsprobe bei der Verdünnung von 1 : 10 unzuverlässig sei, sie könne auch in Abwesenheit des spezifischen Bazillus positiv ausfallen, nur höhere Verdünnungen wären ausschlaggebend.

Koplik (New-York) nennt vier ätiologische Formen der Sommerdiarrhöe, nämlich die von unzweckmäßiger Nahrung, verdorbener Nahrung, Infektion mit Streptokokken und Infektion mit dem Bazillus Shiga; die letzte ist bei älteren Kindern häufiger. Es besteht noch die Frage, ob der Flexnersche Bazillus mit denen von Shiga und Escherich identisch ist, eine Verwandtschaft unter ihnen ist wohl unbestreitbar. Wahrscheinlich sind die meisten Fälle von Sommerdurchfall bei Kindern nicht des letztgenannten Ursprungs.

Holt (New-York) fand bei 112 Fällen von Sommerdiarrhöe 37mal den Shigabazillus; dieser war stets bei blutig-schleimigen Stühlen vorhanden, das Blut konnte aber auch fehlen. Behandlung mit dem Flexnerschen Serum ergab kein wesentliches Resultat.

Knox (Baltimore) will nur hervorheben, daß makroskopische Läsionen bei den Shigafällen geringfügig oder gar abwesend sein können; die übermäßige Schleimabsonderung tritt dagegen stark hervor.

Booker (Baltimore) warnt vor zu großen Ansprüchen an die Serotherapie. Es handelt sich gewöhnlich um Mischinfektionen; das Serum kann nur im Frühstadium Bemerkenswertes leisten, die Verhältnisse erinnern an die Anwendung des *Marmoreks*chen Serums bei den Streptokokkenenteritiden, das ebenfalls im späteren Verlauf der Erkrankung versagt, resp. bloß vorübergehende Besserung bewirkt.

Wachenheim (New-York).

A. N. Fjodrowitsch. *Ueber die Behandlung der Dysenterie und Enteritiden bei Kindern mittels Dickdarmirrigationen.* (Wratschebnaja Gazetta 1903, Nr. 14).

Prof. Monti (Wien) beginnt die Behandlung von gastrointestinalen Störungen stets mit der Einführung von Flüssigkeit (von wässriger Kochsalz- oder Salzsäurelösung) in die unteren Darmabschnitte unter gleichzeitiger Anwendung von hygienisch-diätetischen Maßnahmen. Mittels *Es m a r c h* sehen Irrigators und einer weichen elastischen Röhre werden einem Neugeborenen auf einmal 0.2 l., einem ein Jahre alten Kinde bis zu 1 l., älteren Kindern bis zu 2 l. Flüssigkeit auf einmal eingeführt. Sobald man merkt, daß das Wasser bis zum Coecum vorgedrungen ist, unterbricht man die Irrigation. Besteht Drängen, so muß man das Becken hochlagern, die unteren Extremitäten gegen das Abdomen flektieren und den Katheter fest an das Gefäß herandrücken. In leichten Fällen gebraucht man Wasser von 26° R. bei Dysenterie kommen kühlere Temperaturen, bis 18° R. in Anwendung. Gewöhnlich wird abgekochtes Wasser oder physiologische Kochsalzlösung

angewendet. F. selbst hat diese Methode in 312 Fällen bei Kindern angewandt und vorzügliche Resultate erzielt. Es befinden sich unter diesem Material: leichte und schwere Dyspepsien, Gastroenteritiden, Enteritiden, Entero-Kolitiden, Dysenterie und Cholera infantum. Neben den Ausspülungen verordnete F. Hunger- oder Halbhungerdiät; in seltenen Fällen gab er Salzsäure oder Adstringentien. Von den 312 Kindern sind nur zwei gestorben, darunter eines jedoch vor Beginn der Irrigationsbehandlung. Kurz, auf Grund seiner Erfahrungen glaubt F., diese Methode aufs Wärmste empfehlen zu sollen.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Decroly und Rouma. *Historische Skizze über die Pathogenese des Stotterns.* La polyclinique, 1. Mai und 15. Juni 1903.

Die Autoren schildern in ihrer Studie die verschiedenen Theorien, mit welchen man die Aetiologie des Stotterns erklären wollte. Nach Gegenüberstellung und Vergleichung dieser Theorien, wobei das Gemeinsame und die Differenzpunkte hervorgehoben werden, gelangen sie zum Schlusse, daß sich die komplizierte Frage dank den gegenwärtigen wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden der vollständigen Aufhellung zu nähern beginnt.

Die interessantesten Theorien, welche seit dem Altertume bis auf unsere Tage über die letzte Ursache des Stotterns veröffentlicht wurden, werden in dieser Arbeit analysiert und in drei Gruppen geteilt, nämlich:

a) die peripheren Theorien, welche den Sitz des Uebels in die Zunge, Glottis, Stimmänder, Tonsillen oder in irgendeinen anderen Teil des peripheren Sprachapparats lokalisieren. Dahin gehören die Theorien des Aristoteles und seiner Schule, die Lehren des Guy de Chauliac im 14., die des Hieronymus Mercurialis im 15. Jahrhundert, die Ansicht von Dieffenbach und seinen Schülern: Arnott, Schultheß, Romberg etc. im 19. Jahrhundert;

b) die Theorien, welche einen zentralen Ursprung des Stotterns annehmen, entstanden und entwickelten sich zugleich mit dem Fortschritte der psychologischen und neuropathologischen Studien.

Abgesehen von einzelnen schüchternen Versuchen in den verschiedensten Epochen, entwickelten sich die nervösen Theorien erst im Laufe des 19. Jahrhunderts und dies besonders als Reaktionserscheinung gegen die übertriebenen Operationen der Schule Dieffenbachs. Manche Autoren verlegen den Sitz der Sprachstörung in das Rückenmark im allgemeinen, wie Lichtinger, oder aber in die Medulla oblongata, wie Rosenthal. Andere fassen das Stottern als eine Phobie auf, analog der Agoraphobie (Platzfurcht), wie Schultheß und Schrauk; die meisten und nicht unbedeutendsten betrachten das Uebel als einfache Neurose, wie Lee, oder als partielle Chorea, wie Bell, als spastische Koordinationsneurose, wie Kußmaul, H. Guttmann und Oltuszewski. Endlich gibt es Autoren, welche das Stottern, sei es im Beginn der Entwicklung (Liebmann) oder während der ganzen Verlaufsdauer (Denhardt) als willkürlich hervorgebracht ansehen;

c) gemischte Theorien, welche das Uebel sowohl von nervösen Funktionsstörungen als auch von den peripheren Organen abhängig machen.

Zu diesen zählt auch die Anschauung von Schultheß. Namentlich gehörten aber hierher die Theorie von Colombat, der einen Mangel der Verbindung zwischen dem Gehirn und der Motilität der peripheren Sprachorgane annimmt, die Theorie von Rutlier, der ein Leitungshindernis zwischen dem Denken und den Mitteln des sprachlichen Ausdrucks vermutet, die Lehre von Blume, der eine fehlerhafte Verbindung des Denkapparats mit dem Stimmapparat voraussetzt.

Decroly (Brüssel).

K. Kirmse. *Ueber infantiles Myxödem.* (Inaug.-Diss. Leipzig 1903.)

Verf. bringt zunächst einen Ueberblick über das Krankheitsbild und schildert dann nach kurzer Angabe von 62 Fällen aus der Literatur eingehend einen Fall von infantilem Myxödem bei einem vierjährigen, von gesunden Eltern stammenden Knaben, der wegen Luftröhren- und Magendarmkatarrh zur Behandlung kam. Auch in diesem Falle besserte sich der somatische Zustand durch längere Darreichung von Thyreoïdin. siccum ganz erheblich. Gleichwohl machte sich die Aufnahme des Kindes in eine Anstalt für minderwertige Kinder infolge der schweren Mitbeteiligung der psychischen Funktionen nötig.

Brüning (Leipzig).

Otto Marburg. *Infantile und juvenile Tabes.* (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 47, 1903.)

Ein aus sicher nicht syphilitischer Familie stammender zehn Jahre alter Knabe hatte durch seine Amme Syphilis acquiriert. Vor zwei Jahren trat Verschlechterung des Sehens und Anisokonie auf. Bei der Untersuchung wurde Blässe der rechten Papille, eine starre rechte und eine träge reagierende linke Pupille gefunden; es bestand Westphalsches und Rombergsches Phänomen bei intakter Intelligenz. Der Verlauf machte den Eindruck eines fortschreitenden Prozesses.

Eine Zusammenstellung von 34 Fällen infantiler und juveniler Tabes läßt eine kritische Sichtung der wichtigsten diagnostischen Einzelheiten möglich erscheinen. Im Vergleich zur Tabes der Erwachsenen springt eine Umkehrung der Beteiligung der Geschlechter ins Auge (19 weibliche gegen 15 männliche Individuen). In 22 Fällen ist hereditäre, in 4 erworbene Lues erwiesen und in zwei einwandfreien Fällen erscheint Syphilis mit Sicherheit ausgeschlossen. Für eine Gruppe von Fällen, in denen Tabes oder Paralyse der Eltern angegeben ist, wäre das Moment der erbten neuropathischen Disposition als unterstützender Faktor von Geltung. Das Moment überstandener Infektionskrankheiten hat als wichtige Gelegenheitsursache für die Entwicklung der Tabesluetischer Kinder Bedeutung. Die Pubertät spielt in der Aetiologie der Tabes keine große Rolle.

Die kürzeste Frist von der Luesinfektion bis zum Ausbruch der Tabes — 6 Jahre — zeigt Autors Fall, während die kürzeste bei hereditärer Lues 5 Jahre ist. In fünf Fällen findet sich initialer Kopfschmerz, in 24 Sensibilitätsstörungen, in 25 Agyll-Robertson, in 27 Westphal, in fast drei Viertel der Fälle das Rombergsche Phänomen. Mehr als ein Drittel der Fälle kindlicher Tabes zeigt Optikusatrophie. Bei der initialen Sehnervenatrophie gilt die Blasenstörung als Frühsymptom; sie wird 20mal, darunter 7mal als initial, erwähnt. Die Aehnlichkeit der Erscheinungen zwischen tabischen Blasenstörungen und gewöhnlicher Enuresis nocturna kann diagnostische Schwierigkeiten bieten. Krisen und trophische Störungen finden sich in einer der bei Erwachsenen vorkommenden Häufigkeit gleichkommenden Zahl.

Neurath (Wien).

J. Hagelstam. *Ueber hereditär-syphilitische Affektionen im zentralen Nervensystem und über die Diagnose der Tabes und der progressiven Paralyse im Kindes- und Entwicklungsalter.* (Finska Läkarellskapetets Handlingar, Bd. 45, Nr. 12, S. 551.)

Daß Tabes dorsalis und die progressive Paralyse, durch Heredosophilis bedingt, sich schon im frühen Alter entwickeln können, ist erst in der letzten Zeit erkannt worden. Der Verfasser erörtert die Eigentümlichkeiten dieser Krankheiten im kindlichen und jugendlichen Alter hinsichtlich ihrer Verteilung auf die Geschlechter, ihrer Duration und ihrem klinischen Verlauf. Im Anschlusse an die Beschreibung von einigen vom Verf. in Oppenheims Poliklinik beobachteten Fällen wird hervorgehoben, daß gewissen Symptomen, wie Störungen der Harnentleerung und Sehnervenatrophie, eine besondere Bedeutung für die Diagnose der infantilen Tabes im Anfangsstadium zukommen, während andere Symptome, wie stärkere Sensibilitätsstörungen, lancinierende Schmerzen und Ataxie fehlen oder sich weniger geltend machen. Pipping (Helsingfors).

A. N. Schkarin. *Beitrag zur Kasuistik des Tic convulsif im Kindesalter.* (Wratschebnaja Gazetta 1903, Nr. 23 bis 24.)

Der 9jährige Knabe ist sowohl von väterlicher Seite (der Vater hat vor 12 Jahren Lues gehabt) wie auch von mütterlicher Seite (die Mutter ist sehr nervös und blutarm) belastet. Anamnese: Im Alter von fünf Jahren Masern, von sieben Jahren Diphtherie und Lungenentzündung. Vor einigen Monaten Windpocken. Schon seit dem frühesten Lebensalter war das Kind nervös, reizbar, weinerlich, launisch, ohne jedoch besonders ernste Erscheinungen darzubieten. Im siebenten Lebensjahre begannen Anfälle von heftigem andauerndem Weinen aufzutreten, wobei Zuckungen im Gesicht wahrzunehmen waren. In den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren hat das Kind derartige Anfälle nicht gehabt. Die gegenwärtige Erkrankung soll sich vor 4 Jahren allmählich eingestellt haben. Wenn das Kind spielte, wenn es besonders erregt war, viel herumlief, traten im Gesicht, namentlich in der linken Hälfte schlaffe konvulsive Kontraktionen zunächst nur der Lider, dann des Nasenflügels, der Wange und des Mundwinkels ein. Die Kontraktionen waren schwach ausgesprochen, folgten in Zwischenpausen von einigen Minuten aufeinander, und es blieb gewöhnlich bei zwei bis drei konvulsiven Zuckungen. Zunächst achteten die Angehörigen des Kindes darauf wenig, dann aber begannen die Erscheinungen häufiger zu werden und an Intensität zuzunehmen. Die geringste Aufregung genügte, um Konvulsionen im Gesicht hervorzurufen, die in Zwischenpausen von 10 bis 20 Sekunden aufeinanderfolgten. Bisweilen traten zugleich mit konvulsiven Zuckungen im Gesichte auch undeutlich ausgesprochene Zuckungen in der rechten Extremität auf. Nachdem der Knabe im siebenten Lebensjahre Diphtherie und Lungenentzündung überstanden hatte, haben sich diese Erscheinungen temporär gesteigert, um bald darauf etwas nachzulassen. Ueberhaupt zeigte das Auftreten von Konvulsionen keinen konstanten Typus: bald nahmen sämtliche Erscheinungen zu, bald ließen sie, ohne daß eine wahrnehmbare Ursache vorlag, nach. Sonst zeigte der Knabe keine Abweichungen von der Norm: sämtliche Bewegungen waren erhalten und koordiniert. Zeitweise

bemerkten die Angehörigen leichtes Stottern, welches aber bald verschwand. Die Konvulsionen waren vom Willen des Kindes unabhängig, indem der Knabe nicht imstande war, sie zu unterdrücken. Als das Kind zur Schule kam, wurden die Konvulsionen häufiger und traten besonders dann auf, wenn der Knabe ermüdet war. Die verschiedentliche Behandlung (womit das Kind behandelt wurde, blieb unaufgeklärt) blieb ohne Resultat. Schließlich haben die geschilderten Erscheinungen einen so hartnäckigen Charakter angenommen, daß die Eltern des Kindes sich veranlaßt sahen, dasselbe einem Krankenhause zuzuführen. Status praesens (wir entnehmen der ausführlichen Krankengeschichte nur die Angaben über das Nervensystem): Der Patient ist ein sehr lebhafter Knabe, läuft und spielt gern und ist in geistiger Beziehung gut entwickelt. Im Zustand der Ruhe, häufiger aber bei irgend einer Arbeit, beim Spielen, Lesen oder lebhafter Unterhaltung werden in der linken Seite des Gesichtes konvulsive Zuckungen beobachtet, die klonischen Charakter zeigen und in ungleichmäßigen Zwischenpausen aufeinanderfolgen. Diese Zuckungen werden frequenter, wenn man das Kind lesen läßt; man kann sie auch dadurch hervorrufen, daß man auf irgend eine Körperstelle, namentlich auf die linke Hälfte der Wange im Gebiet des *Platysma myoides* drückt. Schmerzhafte Sensationen im Gebiet des *Nervus trigeminus* sind nicht vorhanden. Der Gang des Kranken ist normal. Andere konvulsive Erscheinungen sind nicht vorhanden. Die Kniephänomene normal. Die Erregbarkeit der Nerven und Muskeln der linken Hälfte des Gesichtes und der linken unteren Extremität ist etwas gesteigert; desgleichen wurde eine Steigerung der Schmerzempfindung an den Stellen konstatiert, die der Austrittsstelle und den Verzweigungen des *Nervus facialis sinister* entsprachen.

Es lag somit zweifellos diejenige Manifestation des *Tic convulsif* vor, bei der konvulsive Zuckungen nur, bzw. hauptsächlich im Gesicht vorhanden sind. Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

E. Luisada (Florenz). *La cellula nervosa nelle meningiti.* (Die Nervenzelle bei Meningitis.) (Rivista di Clinica pediatrica 1903, Nr. 7.)

Verf. hat das Zentralnervensystem in sieben Fällen histologisch erforscht, wovon zwei Fälle tuberkulöser Meningitis, zwei Meningitis aus Weichselbaumschem Diplokokkus, ein Fall eitriger Meningitis im Verlauf einer Pneumonie, einer von Meningitis infolge von eitriger Otitis und einer von Typhusmeningismus.

Wie schon Thomas und andere behauptet haben, ist die Nervenzelle in den verschiedenen Meningitisformen wie auch in den tödlichen Uebergangsformen von Meningitis zu Meningismus (die oft als reiner Meningismus qualifiziert werden) immer verändert. Der Grad der Veränderung hängt ab: von der Art des Krankheitserregers, von der Intensität und Dauer seiner Tätigkeit, von den Veränderungen, denen die Ernährungsverhältnisse der Zelle wegen der Phlogose des Gewebes unterworfen sind und von

einem Koeffizienten des Widerstandes, den die Zelle der betreffenden toxischen oder infektiösen Ursache entgegensetzt. Dieser Widerstand der Zelle scheint nicht von ihrem Verhältnisse zur Verteilung des Exudats abzuhängen.

Gewisse, besonders bulbäre Zellengruppen erkrankten konstant zuerst, vielleicht wegen ihrer geringen Resistenz. Die verschiedenen Typen der Zellenveränderung gestatten uns, zu entscheiden, ob die Krankheitsursache von Anfang an auf den Zellkörper einwirkte oder nur sekundär, durch die Läsion der Zellfortsätze, oder beides zugleich der Fall war.

Das meningeale Exsudat kann zuweilen durch Komprimierung der Zellfortsätze klinische Symptome ergeben. Das Gesamtbild der Meningitis kann man auch ohne makroskopisches Meningitisexsudat haben.

In der Pathogenese der Krankheiten der Hirnhäute sowie der Nervenzentren ist der toxische oder toxisch-bakterische Koeffizient vorwiegend.

Meningismus kann immer oder beinahe immer als Anfangsstadium der Phlogose der Nervenzentren oder der Hirnhäute betrachtet werden.

Dotti (Florenz).

Blubasch. *Amaurose nach infektiöser zerebraler und zerebrospinaler Meningitis.* (Russki Wratsch, 1903, Nr. 14.)

Ein über 1 Jahr und 10 Monate altes Kind erkrankte anfangs Februar 1902 unter Hitze, Schmerzen und Rötung im Halse. Nach 4 Wochen Kontraktur des Nackens, Kopfschmerzen und Steigerung der Hautsensibilität, bald zu- bald abnehmend. Am 21. März Anfall von Epilepsie, an den folgenden 2 Tagen weitere drei Anfälle. Nach dem ersten Anfall Abschwächung des Sehvermögens, die am 23. März in vollständige Amaurose überging. Alle anderen Krankheitserscheinungen verschwanden. Nach Jodkalium und Applikation von warmen Soolbädern bald Besserung. Das Sehvermögen kehrte allmählich zurück und war nach 4 Monaten vollständig wieder hergestellt. Hierauf fühlte sich das Kind 3 Monate vollständig wohl. Seit Anfang November wieder Kopfschmerzen, Nackenkontraktur, Übelkeit und Reizbarkeit; bisweilen ließen diese Erscheinungen bedeutend nach. Schließlich entwickelte sich Ende Dezember das vollständige Bild von tuberkulöser Meningitis, bald darauf Tod.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

F. Besançon et V. Griffon. *Recherche du bacille tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien par la culture sur „sang gélifié“.* (C. R. de la soc. de biol., 1903, Nr. 6.)

Der Ausstrich des Lumbalpunktates auf dem im Titel genannten Nährboden ergab in allen zehn untersuchten Fällen von Meningitis basilaris das Wachstum von Kolonien des Erregers (bis zu 90 Kolonien in einem Röhrchen!). Es wurde mit gleich gutem Erfolge das Zentrifugat vor und nach Bildung des „Spinnwebgerinnsels“ zum Ausstrich verwendet, was lehrt, daß jenes Netz nicht alle Bazillen einfängt. Die reingezüchteten Bazillen erwiesen sich als für Meerschweinchen höchst virulent.

Eine anschließende Publikation von Nattan-Larrier et V. Griffon berichtet über eine neue Methode des Nachweises von Tuberkelbazillen durch Tierversuch. Anstatt der üblichen intraperitonealen Injektion wird säugenden Meerschweinchen eine intra-

mammäre Injektion gemacht. Diese führt rascher zum Ergebnisse, da im positiven Falle die Milch der Tiere schon in der zweiten Woche nachweisbar bazillenhaltig wird. (Färbung des Ausstriches.)
Pfaundler (Graz).

Th. Escherich. *Die tetanoiden Erkrankungen des ersten Kindesalters.* (Vortrag im Wiener med. Doktorenkollegium.) (Wiener med. Presse 1903, Nr. 50, S. 2357.)

Übersichtliche Darstellung der modernen Tetanielehre und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. Der Vortragende streift bei dieser Gelegenheit, ohne in Details einzugehen, seine eigene Anschauung auf diesem Gebiete, nach welcher er die im Verlauf der Tetanie des frühen Kindesalters auftretenden eklamptischen und Stimmritzenkrämpfe als Ausdruck einer erhöhten Reizbarkeit der Hirnzentren ansieht, resp. die Ursache der abnormen Reaktionen in den diesem Alter eigentümlichen physiologischen Verhältnissen des Zentralnervensystems erkennt.
Unger (Wien).

E. Orefice (Padua). *Embolismi multipli e trombosi dei vasi cerebrali.* (Rivista di Clinica pediatrica 1903, Nr. 8.)

Verf. berichtet über zwei Fälle solcher in der Kindheit seltener Formen bei Knaben von 3 und 9 $\frac{1}{2}$ Jahren mit pathologisch-anatomischen Befunden. Was Details über diagnostische Daten anbetrifft, ist auf das Original zu verweisen. Dotti (Florenz).

N. P. Trinkler. *Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus.* (Archiv f. Kinderheilk., 37. Bd., 3. u. 4. Heft, S. 266.)

Bei einem neunjährigen Knaben, bei dem sich die Anzeichen eines vermehrten Hirndruckes einstellten, stellte Verf. nach Ausschluß eines Tumors die Diagnose Hydrocephalus internus. Es wurde im Bereich des Stirnbeines nach Trepanation dreimal eine Kanüle eingeführt und drei, einen resp. zwei Tage lang liegen gelassen. Stets stellte sich Fieber ein. Der Erfolg bestand in vorübergehenden Besserungen des Allgemeinbefindens und des Sehvermögens.

Der Mitteilung sind Erörterungen über die Aetiologie des Leidens vorausgeschickt und Betrachtungen über den Modus und die Aussichten der Therapie angefügt. Weigert (Breslau).

A. Wittek. *Die Bedeutung der Sehnen transplantation für die Behandlung choreatischer Formen der infantilen Zerebrallähmung.* (Mitteilung aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 12, Heft 4, S. 498.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles der im Titel bezeichneten Affektion: Gute Intelligenz, spastische Lähmung der unteren Extremitäten (Typ Littlé), choreatische und athetotische Bewegungen an Beinen und Rumpf. Operation: Tenotomie des Ileopectas, Sehnen transplantationen der Kniebeuger. Erfolg: Fast völliges Erlöschen der choreatischen und athetotischen Bewegungen, Möglichkeit an Krücken zu gehen.
Weigert (Breslau).

C. Brack. *Die Sehnenüberpflanzung in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung.* (Inaug.-Dissert., Leipzig 1903.)

Neben einem Ueberblick über die Entwicklung dieser Operation von Nicoladoni bis zu den bekanntesten Operateuren der Jetztzeit (Lange, Vulpus, Hoffa, Fischer u. a.), die entweder die absteigende Methode, d. h. die Vereinigung des normalen Muskels mittels seiner durchschnittenen Sehne mit der Sehne des gelähmten Muskels bevorzugen, wie z. B. Vulpus, oder aber als aufsteigende (passive Methode Hoffa's) Methode in Fällen, wo der kranke Muskel noch teilweise funktionsfähig ist, unter bloßer Abspaltung eines Stückes das letztere zentralwärts an die gesunde Sehne anheften, beschreibt Brack genauer 4 von Perthes operierte Fälle, von welchen 2 geheilt sind, während die beiden anderen noch in Behandlung standen; es handelte sich hauptsächlich um Lähmungen des m. peroneus. Brünig (Leipzig).

E. Weil. *Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandel.* (Mediz. Korrespondenzbl. d. württ. ärztl. Landesvereines, 1903, Nr. 49 S. 881.)

Weil wendet fast nie allgemeine Narkose an, benützt hingegen gerne lokale Bespritzungen der Hinterwand des Gaumensegels und der hinteren Gaumenbögen mit 5% Cocain- oder β -Eucain-Lösung. Die kleinen Patienten werden auf einen hohen Sessel mit fester Kopfstütze gesetzt, der Kopf durch einen Gehilfen noch festgehalten, Hände und Beine mit Bändern leicht festgemacht. Als Instrument benützt Weil das Beckmannsche Messer und empfiehlt kein kleines Exemplar zu wählen, da es sonst unmöglich ist, die ganze Rachenmandel auf einmal zu fassen. Das Messer muß rasch bei heruntergedrückter Zunge hinter und dann ganz direkt über dem herabgedrängten weichen Gaumen nach vorn an das Septum gebracht und dann erst in die Höhe an das Rachendach gepreßt werden. Beim Abschneiden hat man zu versuchen, die abgeschnittene Mandel durch eine Schleuderbewegung der operierenden Hand nach unten vorn sofort nach außen zu werfen. Wird das abgeschnittene Stück noch von einer Brücke festgehalten, so ist das Stück so rasch als möglich mittels Pinzette und Schlinge zu entfernen. Die p. op. auftretende Blutung steht meist in einigen Minuten von selbst. Die Patienten bleiben die nächsten 2 Tage p. op. am besten im Bett und gurgeln mit schwacher Kalpermanganatlösung. Reste und Schwellungen, die man bald p. op. noch findet, bilden sich erfahrungsgemäß oft von selbst zurück. Unger (Wien).

Szuchow. *Fremdkörper in der Iris.* (Russki Wratsch, 1903, Nr. 16.)

Ein zehnjähriger Patient hatte sich am 6. August 1902 das linke Auge mit einem Splitter eines Zündhütchens verletzt. Die eingetretenen entzündlichen Erscheinungen mit Eiteransammlung in der vorderen Augenkammer verschwanden nach 6 Wochen, ohne bemerkbare Veränderungen des Sehvermögens zu hinterlassen, so daß der Knabe wieder zur Schule gehen konnte. Ende Oktober traten am linken Auge Schmerzen und Rötung auf und am 5. Dezember bot das Auge bei der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus Erscheinungen von unbedeutender Reizung. Im vorderen äußeren Viertel der Hornhaut ist eine ca. $1\frac{1}{2}$ mm lange Narbe zu sehen. Auf der Iris liegt unten zwischen dem Ziliarrand der Pupille ein Fremdkörper von gelblicher Farbe mit metallischem Glanz. Die Pupille wurde nach oben und außen gezogen und erweitert. Augenmedium durchsichtig, Papille des Sehnerven undeutlich konturiert und hyperämisch. Venen etwas vergrößert und geschlängelt. Visus = 0.6. Gesichtsfeld normal. Rechtes Auge normal bei einem Visus von 1.0. Am 6. Dezember wurde in Chloroform-

narkose im unteren äußeren Teil des Limbus mit einem lanzenförmigen Messer eine Inzision gemacht und letztere mittels Schere vergrößert. Der Fremdkörper wurde samt einem Teile der Iris entfernt. Der Versuch, denselben mit der Pinzette zu entfernen, mißlang. Am 16. Dezember verließ der Patient das Krankenhaus mit einem Visus von 0:8. Augengrund nach wie vor.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Schiffers (Liège). *Tubage bei einem dreimonatlichen Kinde.* (Société belge d'oto-laryngo- et rhinologie. Sitzung vom 6. Juni 1903.)

Autor demonstriert den Larynx eines dreimonatlichen Kindes, bei welchem er wegen Bronchitis und Laryngostenose die Tubage ausführte und das nach drei Tagen an Bronchopneumonie zugrunde ging. Die Autopsie zeigte, daß es sich um subglottisches Oedem handelte. In ähnlichen Fällen dürfte die Tubage einen geeigneten Eingriff darstellen, vorausgesetzt, daß damit nicht zu lange gewartet wird.

Hendrix (Brüssel).

J. Ferrando. *L'intubazione nel croup.* (Comunicazione al Congresso Sanitario [Genua] 1903.)

Verf. liefert einen neuen Beitrag zum Studium der Intubation, welcher der Berichterstattung des Hospitals vom Jahre 1891 bis 1893 beizufügen ist. Er beschäftigt sich mit 46 neuen Fällen. Von diesen starben 12 ohne Intervention; von den 34 übrigen wurde an 26 die Intubation vorgenommen und daraus folgten 6 Todesfälle. An 5 Kranken wurde die primäre Intubation vorgenommen mit darauffolgender Tracheotomie; die starben alle. An 3 wurde nur die Tracheotomie ausgeführt und hier war ein Todesfall. Daraus schließt der Verfasser, daß, wo die Intubation versagt, auch die Tracheotomie ohne Erfolg ist. Er hält die Intubation für eine Methode, die in der Mehrzahl der Fälle zu wählen sei, und führt die Tracheotomie aus bei starkem Kehlkopfödem, bei schwerer Drüsenschwellung, bei Abseß des Kehlkopfes, bei Stenose der Bronchien oder bei fortgesetztem Ausstoßen des Tubus. Der Aufenthalt des Tubus im Kehlkopf variiert zwischen 36 bis 278 Stunden. Verf. hatte niemals einen Todesfall wegen Verstopfung des Tubus oder wegen Eindringens in die Luftröhre. Er war ein ausgesprochener Freund der Intubation und fände es wünschenswert, daß man viel ausgedehnteren Gebrauch von dieser Heilmethode mache, sei es in Privathäusern oder in den öffentlichen Spitälern.

Dotti (Florenz).

B. Jeserski. *Ueber einen Fall von Extraktion von Würmern aus dem äußeren Gehörgang.* (Feldscher, Organ der russ. Unterärzte, herausg. von Dr. Oks, Petersburg, 1903, Nr. 18).

Es handelt sich um einen 7jährigen Knaben, der an so heftigen Ohrenscherzen litt, daß er höchst unruhig und sogar schlaflos war. Aus dem rechten Ohre entleerte sich eine übelriechende seröse Flüssigkeit, die Ohrmuschel war entzündet und leicht geschwollen. Als Verf. das Ohr von außen und innen mit einer warmen 2%igen Borsäurelösung wusch, bemerkte er, daß der Gehörgang mit weißen Würmern vollgepfropft, welche unter der Einwirkung der Dusche gleichsam eine sich bewegende Masse darstellten. Mittels Pinzette wurden 7 Würmer, von denen jeder 2 cm lang war, extrahiert. Hierauf Einträufelung von 2 1/2%igem Karbolöl. Am folgenden Tage wiederum Extraktion von 5 Würmern. Nachbehandlung mit Einträufelung von 2 1/2%igem Karbolöl. Vollständige Genesung.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

H. W. Dodd and W. H. Mc. Mullen. *A case of congenital deformity of the skull associated with ocular defects.* (Lancet, 13. Juni 1903.)

Siebenjähriger, in seiner allgemeinen Entwicklung zurückgebliebener Knabe. Der Schädel zeigt eine merkwürdige Verbildung, indem er nach oben vorne spitz zuläuft, während die temporalen Partien stark nach außen sich vorwölben. Das Gesicht ist breit und flach, die Augen stark prominent und weit von einander abstehend, die Nase klein, mit kurzer und enger

Brücke, Mund offenstehend, Lippen wulstig, Zunge leicht vorgestreckt. Hals kurz; Schilddrüse recht verdickt. Pat. geht schwerfällig, nach vorne gebeugt. Haut und Haare o. Bes. Die wichtigsten Maße des Schädels sind: Horizontaler Umfang 48.5 cm; naso-okzipitaler Bogen 36 cm; binaurikulärer Bogen 34 cm; sagittaler Durchm. 15.6 cm, bitemporaler Durchm. 14.2 cm; binaurikulärer Durchm. 11.7 cm. Entfernung zwischen den beiden process. angular. extern. 10.2 cm. Gesichtshöhe vom Kinn zur Haargrenze 14.5 cm. Höhe der Orbita 3.3 cm. Breite der Orbita 3.2 cm. Das Auffallendste an diesem Schädel ist die außerordentliche Zunahme in Höhe und Weite. Außerdem hat der Knabe, dessen Schädel und Augen bereits bei der Geburt die geschilderten Veränderungen zeigten, eine angeborene beiderseitige Radiussubluxation, obenan breite Phalangen der großen Zehen und noch einige andere degenerative Veränderungen am Skelett. Die Untersuchung der Augen ergibt, außer der sehr starken Ptosis, geringen lateralen Nystagmus. Pupillen vagieren. Postneuritische Optikusatrophie. Finger werden auf sechs Meter gezählt. Hörschärfe herabgesetzt. Intelligenz stark vermindert. Die Ursache der besprochenen Mißbildung ist vorzeitige Synostose der Parietalbeine mit den okzipitalen und temporalen Knochen, verbunden mit kompensatorischer Entwicklung in der Gegend der großen Fontanelle. Das ätiologische Moment dieser vorzeitigen Synostose ist unbekannt.

Karl Fürth (London).

Veau. *Les cystes séreux congénitaux du cou.* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 4, S. 193.)

Im Anschluß an die Mitteilung eines zur Operation gelangten Falles von kongenitaler Halszyste, von der das Resultat der mikroskopischen Untersuchung vorgelegt wird, erörtert Verf. die Entstehungsweise dieser Tumoren. Er kommt unter Ausschluß der Möglichkeit ihres Entstehens aus Lymphdrüsen oder aus Angiomen zu dem Resultat, daß die Halszysten aus dem Lymphgefäßsystem entstammen und Entwicklungshemmungen darstellen.

Weigert (Breslau).

Moynihan. *Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus.* (Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose.) (Med. News, 24. Oktober 1903.)

Das Hauptgewicht wird auf die chirurgische Behandlung gelegt. Von Gastroenterostomie, Pylorodiosis (Loreta) und Pyloroplastik sind bisher die besten Resultate mit der letzten Operation erzielt worden; gute Erfolge sind indes auch bei den anderen Methoden zu verzeichnen, die Auswahl liegt gegenwärtig noch sub judice.

Wachenheim (New-York).

J. de Bary. *Ueber Pneumatocoele cranii occipitalis.* (Archiv f. Kinderheilkunde, 37. Bd., 1. u. 2. Heft, S. 44.)

Dreijähriges Kind mit Pneumatocoele cranii, die im Anschluß an eine Otitis media auftrat und spontan in zirka drei Wochen abheilte. Die Mittelohrentzündung glaubt Verf. als die Ursache des Leidens ansehen zu können. Hervorzuheben ist der günstige schnelle Verlauf im Gegensatz zu der sonst beobachteten langen Dauer der Affektion.

Weigert (Breslau).

A. Hugelshofer. *Ueber Spondylitis mit besonderer Berücksichtigung des späteren Verlaufes derselben.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., S. 806.)

Verf. berichtet über das Schicksal von 215 seit dem Jahre 1870 im Basler Kinderspital zur Behandlung gekommenen Fällen

von Spondylitis. 35 Patienten wurden im Jahre 1901 noch lebend angetroffen, von 33 weiteren Fällen konnte der weitere Verlauf bis zum Tode durch Nachforschungen eruiert werden. Unter weiterer Berücksichtigung der vorliegenden Literatur stellt Verf. eine große Anzahl von Daten zusammen, die sich auf Aetiologie, Sitz der Erkrankung, Senkungsabszesse, Lähmungen, Amyloiddegeneration, Prognose und Therapie beziehen. Die letzte hat natürlich in dem Zeitraume, in dem die referierten Fälle zur Beobachtung kamen, mancherlei Wandlungen erfahren. Auf Wiedergabe von Details muß bei der Größe und Vielseitigkeit des Materials verzichtet werden.

Weigert (Breslau).

M. Froehlich. *Scoliose congénitale avec pied-bot varus équin.* (Bulletin de la société de pédiatrie de Paris, 1903, Nr. 7.)

Kasuistische Mitteilung. Aetiologisch kommt vielleicht Fruchtwasserabgang im sechsten Monate der Gravidität in Frage.

Weigert (Breslau).

Comby. *Ostéites apophysaires de croissance.* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 9, S. 533.)

An der Hand von vier Fällen versucht Verf. nachzuweisen, daß die sogenannten Wachstumsschmerzen bei älteren Kindern auf einer genuinen zirkumskripten Entzündung der Tuberositas tibiae — bestehend in Schwellung und Schmerzhaftigkeit — beruhen. Verf. behauptet, daß diese Affektion sogar in Eiterung ausgehen könne, wenn sie nicht — mit Ruhe, Bädern, Jodtinktur etc. — behandelt werde. Da es sich in den mitgeteilten Fällen um drei Mädchen und nur einen Knaben handelt, wird sogleich auch ein Schluß auf die größere Verbreitung der Affektion beim weiblichen Geschlechte gezogen.

Weigert (Breslau).

Michael Cohn. *Zur Coxa vara infolge Frührachitis.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, S. 572.)

Verf. berichtet über Messungen des Winkels zwischen Femurhals und Femurschaft, die er an einem größeren Materiale ausgeführt hat. Dieselben ergaben, daß eine ganz leichte Abbiegung des Schenkelhalses nach unten mit Hochstand des Trochanter major nicht selten als Folge schwerer infantiler Rachitis zu beobachten ist. Außerdem teilt er die Krankengeschichte eines Falles von schwerer Coxa vara bei einem 11jährigen Kinde ausführlich mit, deren Diagnose durch die Röntgenuntersuchung sichergestellt war. Auch sie faßt er nicht als kongenitales, sondern durch schwere Rachitis erworbenes Leiden auf.

Steinitz (Breslau).

Gorochow. *Recto-Colpo-Perineoplastik bei siebenjährigem Mädchen.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 16.)

Gorochow hat an einem siebenjährigen Mädchen wegen angeborener mangelhafter Entwicklung der Rectovaginalscheidewand die Recto-Colpo-Perineoplastik gemacht, und zwar in zwei Sitzungen mit einer Zwischenpause von $2\frac{1}{2}$ Monaten. Bei der ersten Operation wurde der Anus nach hinten um 1 cm verlegt; der Versuch, die Fistel zu vernähen und ein Perineum zu bilden, mißlang. Bei der zweiten Operation ist eine stabile

Rectovaginalscheidewand erzielt worden. Die Breite des neugebildeten Perineums beträgt $1\frac{1}{2}$ cm. In bezug auf die Funktion der Sphinkteren des Anus ist der Erfolg der Operation vollständig gesichert: unwillkürlicher Fäzesabgang wird auch dann nicht beobachtet, wenn die Patientin läuft. Bei der Operation ist nicht 1 mm Schleimhaut oder Haut entfernt worden, trotzdem bei beiden Operationen, namentlich bei der zweiten, eine ziemlich ausgedehnte Plastik stattgefunden hat, nämlich des unteren Segments des Mastdarms und des Anus sowie der hinteren Vaginalwand und des Perineums in ziemlich großer Ausdehnung.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Lisjetzki. *Tumor in der Bauchhöhle eines 6 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben.*
(Russki Wratsch 1903, Nr. 1.)

Ein Knabe wurde in das St. Wladimirsche Kinderhospital mit Fraktur des linken Oberarmes und Kontusion im Gebiet der Magengrube, herbeigeführt durch Quetschung, eingeliefert. Im Krankenhaus traten mehrere Male Bauchschmerzen, Erbrechen und Hitze ein. Es wurde in der Bauchhöhle eine Geschwulst bemerkt, die das Gebiet der Milz einnahm und an dieser Stelle die Bauchwände hervorstülpte. Die Geschwulst hatte regelmäßige, rundliche Form, glatte Oberfläche, zeigte Fluktuation und war beweglich sowie schmerzfrei. Ein Teil der Geschwulst war von den Rippen bedeckt; ihre obere Grenze lag an der siebenten Rippe; median ging sie fast bis zur Mittellinie, während der untere Rand der Geschwulst $1\frac{1}{3}$ Querfingerbreiten oberhalb des Nabels lag; der innere Rand der Geschwulst war von dem Magen bedeckt. Sämtliche übrigen Organe zeigten keine Veränderungen, und der Knabe fühlte sich vollkommen wohl. Man muß also bei der Diagnose folgende Momente in Betracht ziehen: den sackartigen Charakter der Geschwulst, ihre Lage im oberen linken Teil der Bauchhöhle, die temporären Temperatursteigerungen, das Erbrechen und die Schmerzen in der Bauchhöhle. Außerdem kam das anamnestisch festgestellte Trauma in Betracht. Nach sorgfältiger Erwägung wurde die Diagnose auf traumatische Pankreaszyste gestellt. Echinokokkus des linken Leberlappens, Aortenaneurysma und Hydronephrose der linken Niere konnte mit Leichtigkeit, Echinokokkus der Milz dagegen nur schwer ausgeschlossen werden, da der Zeitpunkt der Entstehung der Geschwulst nicht genau bekannt war.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Tatarski. *Tödliche Darminvagination bei einem Säugling.* (Russki Wratsch, 1903, Nr. 1.)

Es handelt sich um ein 8 Monate altes, von gesunden Eltern stammendes, zur rechten Zeit ohne Erscheinungen von Asphyxie geborenes Kind, das die Mutterbrust bekam. Beginn der Erkrankung mit hochgradiger Unruhe, weinerlicher Stimmung und Erbrechen; letzteres wiederholte sich ziemlich häufig, ungefähr alle 20 bis 30 Minuten. Einmal entleerte das Kind reines Blut, dann Blut mit Schleim untermischt. Verf. sah das Kind am nächsten Tage, diagnostizierte auf Grund der vorerwähnten Symptome Darminvagination und riet, das Kind nach der Klinik zu schaffen. Es wurde in sehr schwerem Zustande eingeliefert, so daß von einer Operation nicht die Rede sein konnte. Hohe kalte Einläufe blieben ohne Erfolg. In den Darmentleerungen stellte die mikroskopische Untersuchung nur Schleim und Epithelien fest. Unter zunehmender Herzschwäche und allgemeinen Konvulsionen starb das Kind 20 Stunden nach der Einlieferung. Sektion: Hochgradige Aufblähung des Dünndarmes und eine so starke Invagination des Dünndarmes in den Blinddarm, daß eine mechanische Trennung der beiden Därme voneinander unmöglich war. Man mußte den Blinddarm aufschneiden, um den von der Valvula Bauhinii eingeklemmten Teil des Blinddarmes frei zu machen. Letzterer zeigte einige Krümmungen, die 6 bis 7 cm lang waren.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Georg Reinbach. *Hämorrhoiden im Kindesalter, zugleich ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie dieses Leidens.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 12, Heft 2 u. 3, Seite 272.)

Verf. berichtet über vier Fälle der oben genannten Affektion; zwei von diesen wurden nicht behandelt, einer wurde durch Karbolinjektionen geheilt. Der vierte Fall wurde von Geheimrat v. Mikulicz nach der Methode Witthead—v. Mikulicz operiert. Das durch die Operation gewonnene Präparat wurde mikroskopisch untersucht; es ergab den Befund eines echten Kavernoms mit einer großen Anzahl von Phlebolithen. Im Anschluß hieran folgen ausführliche Erörterungen über die Natur dieses Leidens, wobei Verf. wieder den Geschwulstcharakter dieser Affektion betont. Verf. gibt zu, daß auch venöse Stauung in den regionären Gefäßgebieten zur Entstehung von Hämorrhoiden führen kann, erkennt jedoch diese Aetiologie nicht als allgemein gültige Erklärung für dieses Leiden an.

Verf. weist schließlich darauf hin, daß bei eigens auf diesen Punkt gerichteter Aufmerksamkeit die Affektion in Zukunft, häufiger als bisher angenommen, bei älteren Kindern und auch bei Säuglingen gefunden werden dürfte.

Weigert (Breslau).

Gustav Doberauer. *Beiträge zur Epiphysenosteomyelitis.* (Prager med. Wochenschr. 1903, Nr. 51.)

Klinische Differenzen zwischen der Osteomyelitis der Epiphyse und der des Schaftes lassen eine Trennung beider rätlich erscheinen. Aber noch wichtiger ist die Differentialdiagnose zwischen Epiphysenosteomyelitis und tuberkulösen Gelenkerkrankungen, speziell der tuberkulösen Coxitis. Der Verlauf der Osteomyelitis coxae ist meist der: unter plötzlich einsetzendem hohem Fieber und Schmerzhaftigkeit der Hüftgelenksgegend entwickelt sich eine „polsterartige“ Schwellung derselben, es kommt zum Eiterdurchbruch nach außen und Fistelbildung, oder aber der Eiterherd eröffnet sich ins Gelenk und es entsteht Spontanluxation des Kopfes, meist nach hinten, oder Epiphyseolysis.

Drei Krankengeschichten, eine von Epiphysenosteomyelitis der Hüfte, zwei des Kniegelenkes, illustrieren den Verlauf und den Erfolg der chirurgischen Behandlung.

Neurath (Wien).

D. Pacchioni. *Poliartrite purulenta da diplococco di Weichselbaum.* (Vom intrazellulären Diplokokkus Weichselbaum bedingte eitrige Polyarthritis.) (Rivista di Clinica pediatrica 1903, Nr. 7.)

Bei einem 2½-jährigen Mädchen, das von Masern mit multiplen Bronchopneumonienherden und hernach von rechtsseitiger serofibrinöser Pleuritis befallen war, erschien nach 21 Tagen Kniegeschwellung, Temperatur 40.5°. Dann Anschwellen der Tibiotarsal-Gelenke und Variolois. Nach weiteren 14 Tagen wieder Fieber und Anschwellen der linken Schulter und dann des rechten Ellenbogens.

Der dicke weißliche Eiter der Gelenke ergab in den Kulturen den *Diplococcus intracellularis* Weichselbaums, der sich auf Tieren wenig pathogen erwies. Während alle bisher beschriebenen derartigen Arthritisfälle auf zerebrospinale Meningitis folgen oder sie begleiten, wäre der Fall

Pacchionis der einzige von Polyarthritiden aus Weichselbaumschem Diplokokkus ohne zerebrospinale Meningitis. Dotti (Florenz).

Northrup. *Two cases of general gonococcal peritonitis in young girls under puberty.* (Zwei Fälle von Gonokokkenperitonitis bei Mädchen unter dem Pubertätsalter.) (Arch. Pediatrics, Dezember 1903.)

Der erste Fall (11 Jahre alt) täuschte eine Appendizitis vor; heilte nach Operation. Der zweite (9 Jahre), vielleicht vom ersten infiziert, war unschwer richtig diagnostiziert und ging ohne chirurgischen Eingriff in Heilung über. In beiden setzte die Krankheit akut ein. Verf. weist auf die allgemein gute Prognose hin. Wachenheim (New-York).

Perrin. *De la peritonite à pneumocoques chez les enfants et en particulier dans la première enfance.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, pag. 294.)

In der Klinik von Haushalter wurde ein dreimonatliches Kind aufgenommen, das vor 8 Tagen mit Durchfall und Erbrechen bei künstlicher Ernährung erkrankt war. Das Kind verfiel rasch, während sich allmählich ein Aszites entwickelte. Bald nach der Aufnahme starb das Kind, und die Sektion ergab grüne, eitrig-fibrinöse Beläge und Verklebung der Darmschlingen. Das Exsudat enthielt typische Fränkelsche Pneumokokken. Eine Aetiologie war nicht auffindbar. Verf. bespricht an der Hand der Literatur das Krankheitsbild der Pneumokokken-Peritonitis. Die Prognose der sonst nicht ungünstigen Peritonitisart ist im Säuglingsalter eine schlechte wegen des meist stürmischen Verlaufes.

Bartenstein (Breslau).

W. J. Dukelski. *Beitrag zur Frage der Vulvovaginitiden der Kinder.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 15 bis 16.)

Die wesentlichsten Momente seiner Arbeit faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die infantile Erkrankung, welche in den Lehrbüchern als Weißfluß, Fluor albus, Leukorrhöa etc. beschrieben wird, stellt in 80% sämtlicher Fälle eine gonorrhoeische Vulvovaginitis dar, welche Verf. als Vulvovaginitis infectiosa specifica sive gonorrhoea zu bezeichnen empfiehlt. In die übrigen 20% entfallen verschiedene Arten von Vulvovaginitiden bald infektiösen, bald nicht infektiösen Charakters, die einen akuten oder chronischen Verlauf nehmen; die infektiösen Vulvovaginitiden will Verf. in Vulvovaginitis infectiosa diplococcica und Vulvovaginitis infectiosa simplex eingeteilt wissen. Letztere beiden Arten unterscheiden sich von der gonorrhoeischen Vulvovaginitis, welche letztere einen äußerst schleppenden Verlauf nimmt, durch akuten Verlauf und raschen Ausgang in Heilung. Nicht infektiöse Vulvovaginitiden werden nur als katarrhalische Form angetroffen, die einen sehr langwierigen Verlauf nimmt.

3. Der allgemeine Gesundheitszustand, resp. die Konstitution der Kinder hat für die Entstehung der Vulvovaginitiden keine besondere Bedeutung.

4. Fälle von Infektion bei Vergewaltigung und überhaupt bei unmittelbarer Uebertragung des Infektionsstoffes zeichnen sich durch äußerst schweren Verlauf aus, gehen bisweilen mit hoher Temperatur und schweren Komplikationen einher.

5. Auch eine Infektion von seiten der Mutter während der Geburt ist möglich.

6. Eine Entzündung der Bartholinischen Drüsen wird nur bei akuten Formen von gonorrhoeischer Vulvovaginitis angetroffen.

7. Wenn eine Entzündung der Bartholinischen Drüsen nicht vorhanden ist, kann man akute gonorrhoeische und einfache infektiöse Formen von Vulvovaginitis wegen der Ähnlichkeit des klinischen Bildes nur auf Grund einer bakteriologischen Untersuchung von einander unterscheiden.

Dasselbe läßt sich auch in bezug auf chronische Formen von gonorrhöischer und einfacher Vulvovaginitis sagen.

8. Die nicht gonorrhöischen Formen der infantilen Vulvovaginitis erheischen in bezug auf deren Entstehung weitere Studien.

9. Zur Bekämpfung der infantilen Vulvovaginitis muß man das Bildungsniveau der Massen zu heben suchen, damit die Grundelemente der Hygiene und der Reinlichkeit eine weitere Verbreitung erfahren. Desgleichen ist der Begriff von der Infektiosität und der Gefährlichkeit des Weißflusses zu verbreiten.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

A. P. Rudski. *Ueber infantile gonorrhöische Vulvovaginitis.* (Medicinskoe Obozrenie 1903, Bd. 60, Heft 18.)

Die außerordentlich fleißige Studie des Autors umfaßt 66 Fälle aus der Literatur und 14 Fälle eigener Beobachtung, von denen zwei bis in die kleinsten Details geschildert werden. An der Hand seines Beobachtungsmaterials stellt Verf. einige Schlüsse auf, die in Anbetracht der in bezug auf verschiedene Fragen der infantilen Gonorrhö bestehenden Widersprüche mehr oder minder allgemeines Interesse beanspruchen dürften.

1. In sämtlichen 14 Fällen von gonorrhöischer Vulvovaginitis war die Urethra stets miterkrankt.

2. In den Fällen, in denen makroskopisch Symptome von Urethritis gefehlt haben, ist es dem Verf. nicht selten gelungen, aus der Harnröhre vor der Harnentleerung, nachdem der Harn eine zeitlang retiniert war, mittels steriler Platinöse eine geringe Menge Sekret zu gewinnen, die ausreichend war, um die Diagnose auf gonorrhöische Urethritis stellen zu lassen.

3. Als Komplikation hat Verf. in einem Falle Ekzem der Oberschenkel und vorübergehenden Schmerz im Kniegelenk ohne objektive Erscheinungen von Entzündung desselben, in einem anderen Falle Zystitis, Anämie, Abmagerung und im dritten Fall Ekzem der Oberschenkel beobachtet.

4. Die gonorrhöische Vulvovaginitis und Urethritis ist eine hartnäckige Krankheit. In sechs Fällen des Verfassers ist selbst nach $3\frac{1}{2}$ bis $4\frac{1}{2}$ Monaten Heilung nicht eingetreten. Würde man bei der Lösung der Frage, ob Genesung eingetreten ist oder nicht, sich nach solchen Symptomen richten, wie Verschwinden des Sekrets, der Rötung, der Schwellung der Schleimhaut und anderer pathologischer Erscheinungen, so könnte man in vielen Fällen des Verfassers von einer nach 2, 3 bis 5 Wochen eingetretenen Heilung sprechen. Verf. richtete sich aber in seinen Fällen nach dem Ergebnisse der wiederholten mikroskopischen Untersuchungen und mußte infolgedessen weit entferntere Zeiträume notieren, so 120, 86 und 107 Tage nach Beginn der Erkrankung. Nur in drei Fällen ist Heilung nach 32, 27, bzw. 38 Tagen bei Kindern eingetreten, die längere Zeit mittels antigonorrhöischer Präparate behandelt wurden. Von den elf übrigen Kindern, die an Gonorrhö erkrankt waren, wurden manche mit diesen Mitteln unzureichend, manche überhaupt nicht behandelt.

5. Drei Fälle von nichtgonorrhöischer Erkrankung boten in klinischer Beziehung Ähnlichkeit mit gonorrhöischer Form, so daß die wirkliche Natur der Erkrankung nur durch das Mikroskop festgestellt werden konnte.

6. Es ist unmöglich, ohne wiederholte mikroskopische Untersuchungen, die in mehr oder minder großen Zwischenpausen auszuführen sind, festzustellen, ob die Gonorrhö geheilt ist oder nicht.

7. Die lokale Behandlung der gonorrhöischen Vulvovaginitis mit gonokokkentötenden Mitteln, am besten mit Silberpräparaten, muß lange angewendet und selbst eine zeitlang nach dem Verschwinden der Gonokokken im Sekret nicht unterbrochen werden, um erstens eine sichere Heilung zu erzielen und zweitens, um im Interesse der Prophylaxis vorzugehen. Lösungen von Protargol und Largin ($\frac{1}{10}$ bis $1\frac{1}{10}$), welche in die Vagina mittels weichen Ansatzrohres in allmählich steigenden Konzentrationen eingeführt wurden, wurden gut vertragen.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Bandler. *Some observations on Vulvo-vaginitis in children.* (Bemerkungen über Vulvovaginitis bei Kindern.) (Med. Record, 14. März 1903.)

Der Gonokokkus ist in den allermeisten Fällen vorhanden. Bei der Behandlung ist auf die erodierten Stellen der Vulva wohl acht zu geben, da die Erosionen den Gonokokkus beherbergen. Verf. bepinselt sie mit 10% Lapislösung und schützt sie mit einer 2% igen Protargolsalbe.

Den größeren Teil des Aufsatzes widmet Verf. den gynäkologischen Konsequenzen der kindlichen Gonorrhöe, namentlich bei Vernachlässigung.
Wachenheim (New-York).

Kimball. *Gonorrhoea in infants.* (Die Gonorrhöe bei kleinen Kindern.) (Med. Record, 14. November 1903.)

Vor der strengen Isolierung in der Kinderabteilung wurden ca. 12% aller Patienten infiziert; davon bekamen acht Pyämie, nur eine Ophthalmie. Seit der konsequenten Absperrung infizierter Fälle ist die Erkrankung bedeutend seltener geworden.

Wachenheim (New-York).

J. Möller. *Bakteriämie und Sepsis.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 12. Bd., 4. Heft, S. 532.)

Verf. referiert über eine Anzahl von teils chirurgisch, teils intern behandelten Fällen von Sepsis und hebt besonders die diagnostische Bedeutung des Nachweises der Bakteriämie sowie den therapeutischen Wert subkutaner Kochsalzinfusionen hervor. Von Kollargolinjektionen und Aronsohnschem Serum sah Verf. keine Erfolge.

Im Anschluß hieran berichtet Verf. über 13 Fälle von schwerem Scharlach, die im Verlauf einer besonders schweren Epidemie in Hamburg-Altona (149 Fälle mit 45% Mortalität) mit Aronsohnschem Serum behandelt wurden. Von diesen Kindern kamen nur drei durch, die sämtlich nicht von vornherein eine absolut infauste Prognose hatten. Verf. kann daher dem Aronsohnschen Serum einen evidenten therapeutischen Erfolg nicht zugestehen.

Weigert (Breslau).

Blubasch. *Pyämie bei einem drei Monate alten Kinde.* (Russki Wratsch. 1903, Nr. 2.)

Blubasch berichtet über ein drei Monate altes Kind, welches in der sechsten Lebenswoche an Rhinitis und Ohrenfluß erkrankte. Im vierten Monate erkrankte das Kind unter hochgradigem Fieber; morgens 40.0, abends 1 bis 1.5 niedriger. Eine Woche später stellten sich Schwellungen in den Handgelenken ein, die nach vier Tagen verschwanden. In der Mitte der zweiten Krankheitswoche stellten sich Erscheinungen von allgemeinen Konvulsionen mit Verlust des Bewußtseins von 15 bis 20 Minuten Dauer ein; zugleich wurde Paralyse des rechten Fazialis bemerkt. Acht Tage später wurde ein Abszeß auf der rechten Seite des Perineums bemerkt, der am folgenden Tage eröffnet wurde. Hierauf wurden die Anfälle bedeutend seltener und schwächer und traten nur an den Tagen auf, an denen die Temperatur erhöht war. Letzter Anfall ungefähr in der fünften Woche seit Beginn der Erkrankung. Vollständige Genesung.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf.)

Walitzki. *Psoriasis vulgaris bei siebenjährigem Knaben.* (Russki Wratsch, 1903, Nr. 8.)

Das Exanthem zeigte nicht die übliche Lokalisation und an vielen Stellen waren statt dünner Plaques dicke braune Borken. Der Knabe kam gesund zur Welt, bekam die Mutterbrust, entwickelte sich regelmäßig und überstand im Alter von 5 Jahren Masern. Vater sehr nervös; von seiten der Mutter augenscheinlich tuberkulöse Belastung. Auf Syphilis und Nervenkrankheiten keine Hinweise. Pat. hat vier Geschwister, die sämtlich am Leben und gesund sind. An Psoriasis vulgaris hat in der Familie des Kindes niemand gelitten. Die Krankheit begann vor ca. 2 Jahren: es traten Plaques auf dem behaarten Kopfteil und vor einem Jahre auch am Rumpfe auf. Auf dem behaarten Kopfteil einige Psoriasisherde, die talergroß, bezw. etwas kleiner sind, wobei einige Plaques mit dicken Borken von dunkler Farbe und einem Stich ins Grüne bedeckt sind. Am Rumpfe befinden sich auch Psoriasisherde von verschiedener Größe und Form. Die drei größten Plaques nehmen den Rücken und die Seitenflächen des Abdomens und der Brust ein und dehnen sich bis in die Achselhöhlen hinein aus. Auf einigen kleineren Plaques befinden sich Borken in Form von papillomatösen Aufschichtungen. Außerdem sind affiziert: das Präputium, die Haut des Skrotums und die innere Oberfläche der Oberschenkel.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Thal Jantzen. *Der Einfluß des Alters auf die Empfänglichkeit des Kindes für Vakzination.* (Hospitalstidende, 4 R. Bd. XI, 1903, Nr. 50, S. 1251.)

Verf. hat in den Jahren 1900 bis 1903 in einem und demselben Bezirke 3508 Kinder vakziniert und dadurch in 381 Fällen keinen Ausschlag bekommen. Durch statistische Berechnungen und Gruppierungen der verschiedenen Kinder kommt Verf. zu folgendem Schlusse, daß der 2. bis 6. Lebensmonat eine verminderte Empfänglichkeit für animale Vakzination bedingt, während das 4. und 5. Lebensjahr eine Steigerung der Empfänglichkeit gibt.

Monrad (Kopenhagen).

Jegormin. *Urämie nach Influenza.* (Feldscher, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg. 1903, Nr. 12 bis 13.)

Ein 4 Monate alter Knabe von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand erkrankte an Influenza. Am 21. Tage Blutspuren an den mit Harn durchnässten Windeln. In den folgenden 3 Tagen entleerte das Kind per urethram fast reines Blut. Warme Wannenbäder, warmer Umschlag auf die Nierengegend und Infusio secalis cornuti 1:5 : 100:0, zweistündlich eßlöffelweise. Bedeutender Nachlaß der Hämaturie; am 27. Tage vollständige Genesung, infolge des Blutverlustes starke Anämie.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

D. Crisafi (Florenz). *Reazione jodofila e glicosuria nei bambini affetti di pertosse.* (Jodophile Reaktion und Glykosurie bei mit Keuchhusten befallenen Kindern.) (Il Morgagni 1903, Nr. 10.)

Jodophile Reaktion, ausgeführt auf dem Blute von 20 keuchhustenkranken Kindern, hat 16 positive, 2 negative, 2 zweifelhafte Resultate ergeben. Dieser Prozentsatz (80%) hat Verf. veranlaßt, eine Beziehung zwischen jodophiler Reaktion und der von Gibb und Johnson bei Keuchhusten nachgewiesenen Glykosurie zu suchen. Die Beziehung zwischen jodophiler Reaktion und Hyperglykämie ist

schon von Gabritschewsky durch Versuche an Tieren und Beobachtungen an Diabeteskranken klar dargelegt worden.

In Anbetracht der Tatsache, daß es sich bei Keuchhusten nach den wahrscheinlichsten Annahmen um eine Erregung der Terminalverzweigungen des Vagus und des Trigemini in der Nasenschleimhaut handelt, glaubt Verf. annehmen zu können, daß auf Grund derartiger Erscheinungen bei Keuchhusten, ohne mit den physiologischen Gesetzen in Widerspruch zu sein, ein gewisser leichter Grad von Hyperglykämie festzustellen sei; ist ja doch bekannt, daß die Leber in allen Fällen von Nervenverletzungen und besonders bei Erregung des Vagus sich ihres Glykogens zu entledigen sucht. Die Folge der Erscheinungen wäre folgende: Den Vagus reizende bakteriische Toxine, Störung auf dem Reflexwege der glykogenetischen Funktion der Leber, Hyperglykämie, Glykosurie und jodophile Reaktion.

Verf. hat Glykosurie in nur 4 Fällen (von 20) vorgefunden und erklärt solch negatives Resultat durch die verschiedenartigen oxydierenden Fähigkeiten des Organismus und durch die Tatsache, daß die von der Leber ausgeschiedene Glykose während des Durchganges durch die Lunge verbrannt werden kann, so daß es möglich wird, daß das in die Niere gelangende arterielle Blut nicht mehr genug davon enthalte, um etwas ausscheiden zu können.

Um die Richtigkeit dieser seiner Anschauung nachzuweisen, hat Verf. mit Benedetti einige Versuche gemacht, die darauf hinausgehen, die glykogenetische Funktion der Leber bei von Keuchhusten Befallenen festzustellen. Denn wenn die Leber wegen des nervösen Reflexreizes sich des erzeugten Glykogens zu entledigen sucht, so kann sie keine weitere Zunahme des von ihr ausschließlich ausgeschiedenen Zuckers (Laevulose) ertragen. Und in der Tat, bei 12 Kindern von 13 soll Verf. nach Einführung von 25 bis 45 g Laevulose Laevulosurie erhalten haben.

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Bei Keuchhusten ist jodophile Reaktion häufig und hervorragend.

2. Die jodophilen Elemente sind in verschiedener Anzahl enthalten, vorwiegend in den polymorphonukleierten Leukozyten, weniger häufig in den eosinophilen und selten in den Lymphozyten.

3. Jodophile Elemente sind im wesentlichen von den eosinophilen verschieden.

4. Glykosurie ist bei Keuchhusten wegen des geringen Grades der Hyperglykämie eine wenig häufige Erscheinung.

5. Die glykogenetische Funktion der Leber, nachgewiesen mit Laevulose, zeigt sich unzureichend.

Dotti (Florenz).

Jacobson. *Sur deux formes anormales de coqueluche (forme fruste, forme dyspeptique).* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 8.)

Als unbedingter Anhänger des schwer infektiösen und epidemischen Charakters des Keuchhustens bezeichnet Jacobson die Fälle von Respirationserkrankungen, die in der Umgebung von Keuch-

hustenkindern vorkommen und nicht das typische Bild des Keuchhustens bieten, als „forme fruste“, Fälle von Pertussis mit starker Beteiligung des Verdauungstrakts (Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfälle) als dyspeptische Formen des Keuchhustens. Zur Behandlung dieser Formen empfiehlt er „Milchdiät“ unter Beiseite-lassen jeder internen Medikation. **Bartenstein** (Breslau).

Kissel. *Ueber die klinischen Formen des Wasserkrebse bei Kindern.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 1.)

Kissel meint, daß der Kampf mit dem Wasserkrebse bis zu einem gewissen Grade Aussicht auf Erfolg bietet. In einem Zeitraume von zehn Jahren hat er im ganzen 37 Fälle beobachtet, 7 Kinder wurden ambulatorisch behandelt. Von den übrigen 30, die in das St. Olga-Krankenhaus zu Moskau aufgenommen worden sind, sind 11 gestorben, 19 bzw. 63·3% genesen. Dieser hohe Prozentsatz von Genesungen beweist, daß der Wasserkrebs bei weitem nicht immer einen malignen Verlauf nimmt. Kissel hat eine Reihe von Fällen von zweifellosem Wasserkrebs beobachtet, die sich von den gewöhnlichen Formen dadurch unterscheiden, daß die Krankheit viel langsamer und weniger stürmisch verlief und der Allgemeinzustand der kranken Kinder dabei ein ziemlich guter blieb. In leichteren Formen trat eine Perforation der Wange viel später ein oder die Nekrose erstreckte sich allmählich auf die Weichteile in der Umgebung der Mundhöhle und der Nase. In einigen Fällen blieb die Haut intakt, während die Nekrose an der Oberfläche der Schleimhaut fortschritt und bald auf die Gesichtsknochen überging. Kissel zweifelt nicht, daß es sich tatsächlich um zweifellose Fälle von Wasserkrebs gehandelt hat. Vor allem hält er es für unmöglich, die Erkrankung als schwere ulzeröse Stomatitis zu deuten, weil ausgedehnte Nekrosen der Weichteile und der Knochen bestanden. Unter den 19 Fällen mit Ausgang in Genesung verlief in 6 Fällen die Krankheit ohne Perforation der Wange, jedoch mit Nekrose der Schleimhaut und der Knochen. Bei mehreren Pat. sind nach der Genesung entstehende Narben zurückgeblieben, so daß man darauf bedacht sein muß, den nekrotischen Prozeß so früh wie möglich aufzuhalten. In einigen Fällen ist eine bakteriologische Untersuchung vorgenommen worden, ohne aber daß es ein einzigesmal gelungen ist, Vincentische Bazillen, bzw. ungeheure Ansammlungen von Spirillen zu sehen, wie das gewöhnlich bei ulzeröser Stomatitis der Fall ist. Alles in allem kommt Kissel auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. In einigen Fällen tritt bei Wasserkrebs eine Perforation der Wange nicht ein und die Affektion breitet sich an der Oberfläche der Mundhöhle und in der Tiefe auf den Gesichtsknochen aus.
2. Es gibt Formen von Wasserkrebs mit weniger malignem, gleichsam mit verschlepptem Verlauf; diese Formen entwickeln sich hauptsächlich nach Masern und geben einen größeren Prozentsatz von Genesungen.
3. Es ist Grund zur Annahme vorhanden, daß eine rechtzeitig, d. h. in den ersten Tagen der Erkrankung eingeleitete Behandlung bei diesen letzteren Formen nicht nur zur Genesung führen, sondern die so unangenehme Entstellung des Gesichtes verhüten wird.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Griffith. *Typhoid-fever in infancy and childhood. (Der Typhus im Kindesalter.)* (Med. News, 26. September 1903.)

In bezug auf Behandlung erwähnt Verf., daß hydrotherapeutische Maßregeln nicht schablonenmäßig anzuwenden seien, die kalten Vollbäder werden nicht immer gut vertragen, andererseits wirken hohe Temperaturgrade bei Kindern minder schädlich als bei Erwachsenen.

Wachenheim (New-York).

Elsberg. *Typhoid perforation of the intestine in children. (Darm-perforation beim Typhus im Kindesalter.)* (Annals of Surgery, Juli 1903.)

Das Thema, obgleich vom chirurgischen Standpunkt betrachtet, bietet für den Praktiker in der internen Kinderheilkunde das höchste Interesse. Erstens ist bei nicht ganz kleinen Kindern diese Komplikation durchaus nicht so selten, die Symptome sind dieselben wie bei Erwachsenen. Von Hauptgewicht ist die möglichst frühe Operation, am besten noch in dem präperforativen Stadium: die Prognose ist dann ziemlich günstig. Kinder scheinen überhaupt den chirurgischen Eingriff verhältnismäßig gut zu vertragen.

Wachenheim (New-York).

Billings. *The administration of antitoxine in diphtheria by the department of health during 1902. (Die Anwendung des Diphtherieheilserums seitens des New-Yorker Gesundheitsamtes im Jahre 1902.)* (N. Y. Med. Journ., 12. Dezember 1903.)

Die umfangreiche Statistik des Verf. beruht auf 1500 vom Gesundheitsamte direkt behandelten Fällen und 8300, bei welchen den Aerzten, wegen Armut der Patienten, das Serum vom Amte unentgeltlich verabreicht wurde. Die Gesamtmortalität betrug 11·8%, mit Ausschluß der bereits moribunden Fälle bloß 7·5%. Viele dieser Kinder kamen jedoch zu spät zur Behandlung; von den am ersten Krankheitstage behandelten endeten nur 5·7% letal, von denen am zweiten Tage 6·8%; mit Abzug der schon desolaten Fälle aber nur 2·7 resp. 4·1%. Die höchst lesenswerten Tabellen sind zum Referat nicht gut geeignet; der Erfolg der Serumtherapie tritt überall glänzend hervor.

Wachenheim (New-York).

Billings. *The value of confirmatory cultures in diphtherie. (Der Zweck von wiederholten Probekulturen bei der Diphtherie.)* (N. Y. Med. Journ., 12. September 1903.)

Billings Erfahrungen beruhen auf fast 30.000 Untersuchungen von Probekulturen innerhalb zwei Jahren im New-Yorker Gesundheitsamte. Bei 86% konnte die Diagnose sofort gestellt werden, und zwar bei 45% positiv, 41% negativ; von den letzteren erwiesen sich jedoch zirka 100 Fälle nachträglich als Diphtherie. Als Ursachen der Unbestimmtheit der übrigen 14% gibt Verf. an: 1. Proben nach dem vierten Krankheitstage, Bazillen fehlten manchmal in der ersten Probe; 2. Schlechte Einimpfung des Agars, ungenügend wegen Unbotmäßigkeit des Patienten, resp. mangelhaft ausgeführt durch Unerfahrenheit des Arztes; 3. Verunreinigung durch indifferente Organismen; 4. Austrocknen des Nährbodens; 5. „Pseudobazillen“; 6. Fehlen von Bazillen im Rachen bei schon entwickelter Kehlkopfdiphtherie; 7. Gebrauch von Antiseptics kurz vor der Probeimpfung. Bei all diesen Gelegenheiten wurde eine Wiederholung der Kultur versucht, aber nur in der Hälfte der Fälle erzielt, von diesen ergaben dann zirka 20% ein positives Resultat, bei einer Schwankung von 13% sub I bis 33% sub IV.

Sub I befindet sich gerade eine Reihe schwerer septischer Fälle, mit einer Sterblichkeit von 17%, wo noch nachträglich die

Bazillen konstatiert wurden. Das häufigste Bedürfnis von wiederholten Proben bestand sub V (2027 Fälle, bei welchen später 239mal die Diagnose positiv gestellt wurde). Sub VII entscheidet oft die An- resp. Abwesenheit anderer Keime, im ersteren Falle ist Diphtherie wohl nicht vorhanden, im anderen ist eine Probewiederholung unerlässlich.

Als Endresultat dieser Forschung hat das Amt folgende Regel aufgestellt: Wiederholungen werden gefordert: a) wenn der Agar steril bleibt, b) wenn grobe Verunreinigungen die Diagnose verhindern, c) wenn „Pseudobazillen“ vorliegen, d) wenn die klinische Diagnose auf Kehlkopfdiphtherie gestellt ist, die Erkrankung nicht fünf Tage überdauert hat und Bazillen im Rachen nicht nachweisbar sind.

Wachenheim (New-York).

Salmon. *The relation of mild types of diphtheria to the public health.* (Das Verhältnis milder Formen der Diphtherie zur Allgemeingesundheit.) (Med. News, 21. November 1903.)

Die Allgemeingefahr des Uebersehens dieser Fälle ist nahelegend sowie der Wert von Kultur- und Immunisationsverfahren.

Wachenheim (New-York).

G. Bourcart. *Recherches sur la persistance du bacille de la diphthérie chez les sujets convalescents de cette maladie et sur sa présence chez des sujets sains en contact avec des diphthériques.* (Revue mensuelle des Maladies de l'enfance 1903 S. 393.)

Verf. hat wie schon viele andere Autoren Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in dem Munde und der Nase von Personen, die in der Umgebung von Diphtheriekranken leben, gemacht. Er fand bei 18% der Kinder der Umgebung Diphtheriebazillen, während er bei Erwachsenen niemals im Gegensatz zu andern Autoren Bazillen nachweisen konnte. Ueber das Verschwinden der Diphtheriebazillen bei behandelten Diphtheriekranken fand Verf. in 65% der Fälle, daß mit dem Abstoßen der Membranen auch die Bazillen verschwinden; in 20% der Fälle verschwinden sie einige Tage nach dieser Erscheinung und in 15% bleiben sie längere Zeit noch nachweisbar bis einige Monate

Bartenstein (Breslau).

Eeman (Gand). *Ueber die Rhinitis diphtheritica.* (Soc. belg. d'otolaryngo-rhinol., 7. Juni 1903.)

Autor untersuchte vom bakteriologischen Standpunkte die Nasenhöhlen von 100 Kindern mit intensiver chronischer Rhinitis und reicher Sekretion, Fälle, welche der gewöhnlichen Therapie widerstanden. Fast bei allen fand er den Loefflerschen Bazillus mit variabler Virulenz, obwohl die Kinder zumeist keine Reaktion zeigten. Dies erklärt die Erscheinung von schwerer Diphtherie in Schulen, wo man nicht das geringste Verdächtige vorher beobachtete. Verf. zieht daraus den Schluß, daß man beim Auftreten von Diphtherie in einer Schule die Nasensekretionen der Mitschüler untersuchen und die mit Rhinitis Behafteten sofort entfernen solle.

In derselben Sitzung vertritt De Stella die Behauptung, anschließend an Tierexperimente, daß sich das Ausbleiben der Reaktion bei Kindern, die an chronischer Rhinitis mit begleitenden sehr virulenten Loefflerschen Bazillen leiden, durch die Autoimmunisation erklärt.

Hendrix (Brüssel).

Simon. *Des éléments de pronostic, qu'on peut tirer de l'examen du sang de malades atteints de diphthérie.* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 10, p. 604.)

Die Widersprüche, die sich bei den bisherigen Untersuchern über das Verhalten der Leukozytose bei an Diphtherie erkrankten Kindern ergeben haben, löst Verf. dadurch, daß er einmal vor der Seruminjektion und nach dieser stündlich Leukozytenzählungen vornimmt. Er findet, daß die Leukozytose nach dem Gesetze bestimmter Kurven verläuft, deren Form durch die Schwere des Falles bestimmt wird. Fälle mit guter Prognose zeigen nach der Seruminjektion eine Hyperleukozytose und gleichzeitige prozentische Steigerung der polynukleären neutrophilen Leukozyten, die vier Stunden nach der Injektion ihren Höhepunkt erreicht und im Verlauf von vier bis fünf Tagen wieder zur Norm zurückkehrt. Ist vier Stunden nach der Seruminjektion eine Hyperleukozytose nachweisbar und hat sich das prozentische Verhältnis der polynukleären neutrophilen Leukozyten nicht verändert, so ist die Prognose schlecht. Tritt nach einer daraufhin gemachten zweiten Seruminjektion nach vier Stunden doch noch eine Hyperleukozytose ein, so wird die Prognose absolut gut; im Nichtfalle ist sie sicher letal.

Die interessanten Untersuchungen sind — nach der Angabe des Verfassers — bereits von anderer Seite (Paris) bestätigt worden.
Weigert (Breslau).

Siegfried Weiß. *Die Jodreaktion im Blute bei Diphtherie.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1903, Bd. 58, S. 55.)

Auf Grund von Untersuchungen an 52 Fällen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Jodreaktion sich nur bei schweren Fällen von Rachen- und Kehlkopfdiphtherie findet, besonders wenn sie mit Respirationsstörungen und starken Schwellungen der Halsorgane kompliziert sei. Verf. glaubt ferner konstatieren zu können, daß die Jodreaktion nicht eine Wirkung des Diphtherietoxins sei.

Weigert (Breslau).

Ballin. *Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Band 58, Nr. 2.)

Verf. fand bei 63 mit klinisch als „gewöhnlicher“ Schnupfen behafteten Säuglingen 11mal Diphtheriebazillen. Er sieht diese Bazillen als Schmarotzer an und leugnet eine leichte Form der „sogenannten“ katarrhalischen Nasendiphtherie, da das klinische Bild der Nasendiphtherie, selbst der chronischen Formen, ein ganz markantes ist, so daß bei einiger Uebung ohne bakteriologische Untersuchung die Diagnose gestellt werden kann. Das Schmarotzertum der Diphtheriebazillen bei „gewöhnlichem“ Schnupfen ist meist ungefährlich, doch nicht immer, weil entweder diese Individuen an Diphtherie erkranken können oder andere empfänglichere infizieren können.

Bartenstein (Breslau).

Plantenga. *La leucocytose de la rougeole et de la roubeole.*
(Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 3, S. 129.)

Verf. stellt in Übereinstimmung mit Untersuchungen von Combe fest, daß im Inkubationsstadium der Masern sowohl wie der Röteln eine Vermehrung der polynukleären Leukozyten, im Eruptionsstadium dagegen eine Verminderung derselben Zellen konstant gefunden wird. Aus diesem analogen Verhalten, wie auch aus der Beobachtung des sonstigen klinischen Verlaufes beider Affektionen, glaubt Verf. den Schluß ziehen zu können, daß Masern und Röteln denselben Erreger haben, der sich in jedem Falle nur bezüglich der Virulenz und der Eintrittspforte unterscheidet.

Die Hyperleukozytose des Inkubationsstadiums der Masern und Röteln sei in prophylaktischer Hinsicht ein wertvolles Unterscheidungsmittel gegenüber dem Scharlach.

Weigert (Breslau).

W. P. Shukowsky. *Ueber einen Fall von masernähnlicher Rubeola bei einem Neugeborenen.* (Medicinskoe Obosrenie, 1903, Bd. 59, H. 7.)

Bei einem 15 Tage alten Kinde kam es innerhalb drei Tagen zur Entwicklung, Eruption und Verschwinden eines Exanthems, welches nur eine Ähnlichkeit mit dem typischen Masernexanthem darbot. Mit dem Ablauf des Höhepunktes der Eruption stellten sich beim Kinde Abfall des Fiebers, sowie durchaus gutes und subjektives Befinden ein. Als Begleitsymptome bestanden: Schwellung der Halsdrüsen, leichte Hyperämie der Gaumenschleimhaut, Obstipation, Unruhe, Fieber, welches am ersten Tage der Erkrankung besonders stark ausgesprochen war (39.5°); nach dem Verschwinden des Exanthems partielle und sehr geringe Desquamation an der Haut des Brustkorbes. Temperaturschwankungen waren täglich wahrzunehmen, nur boten diese Schwankungen weder etwas typisches noch charakteristisches. Die Nabelschnur war längst abgefallen, die Nabelwunde längst und gut verheilt. Erosionen, Ulzera in der Mundhöhle oder irgend welche andere Abnormitäten waren bei dem Kinde bis zum 15. Lebenstage nicht aufgetreten, und sicherlich hätten in dieser Zeit die Erscheinungen einer septischen Infektion, wenn eine solche bestanden hätte, manifest zu werden vermocht. Die Mutter des Kindes hatte sich von dem Partus bereits vollständig erholt. Es lag somit keine sympathische Rubeola vor, welche bei manchen Erkrankungen oder nach dem Gebrauch gewisser Medikamente aufzutreten pflegt. Vielmehr dürfte die Infektion am vierten bis fünften Lebenstage erfolgt gewesen sein (nach den Beobachtungen von Tobieitz beträgt die kürzeste Inkubationsperiode bei Rubeola vier bis sechs Tage; allerdings bezieht sich diese Angabe auf Individuen im Alter von über 14 Jahren). Differentialdiagnostisch kommen hier das Erythema neonatorum, die Roseola syphilitica und die zufällige (oder medikamentöse) Roseola in Betracht.

Auffallend ist, daß Verf. zugleich mit dem soeben geschilderten Falle von Rubeola in derselben Anstalt ein vier Jahre altes Mädchen mit masernähnlichem Exanthem in Behandlung hatte. Das Exanthem wurde bei der ersten Besichtigung als leichte Masern gedeutet; es verschwand drei Tage nach der Eruption, war von kurzem (24 Stunden) und unbedeutendem Fieber (bis 38°) begleitet, begann am Gesicht und Halse, breitete sich über den ganzen Körper aus, war aber blasser als das gewöhnliche Masernexanthem und von Tränenfluß, leichter Rötung der Augen und des Rachens begleitet.

Anamnestisch konnte Verf. feststellen, daß dieses Kind Masern bereits überstanden hatte, und glaubte infolgedessen (augenscheinlich von dem Standpunkte ausgehend, daß Masern nur einmal ein und dasselbe Indi-

viduum zu befallen pflegen) auch hier die Diagnose auf masernähnliches Exanthem stellen zu sollen. Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Comby. *Rougeole à rechute.* (Archives de Médecine des enfants 1903, Nr. 7.)

Beschreibung von drei Fällen von Morbilenrezidiv innerhalb von drei bis vier Wochen. Die erste und zweite Erkrankung boten das typische Bild der Masern. Bei dem einen Falle war das Exanthem bei der ersten Attacke, beim anderen bei der zweiten Attacke hämorrhagisch. Die Prognose ist nicht schlechter als sonst.

Bartenstein (Breslau).

Linsbauer. *La laryngite pseudo-membraneuse compliquant la rougeole.* (Archives de médecine des enfants 1903, Nr. 1.)

Verf. unterscheidet 2 Formen von Laryngitis bei Masern, eine einfache katarrhalische und eine pseudo-membranöse. Letztere hält Verf. nach seinen Untersuchungen am Stefanie-Kinderspital in Budapest für eine echt diphtherische Affektion. Bei 9⁰/₁₀ der Masernkranken konnte er Laryngitis diphtherica mit Bazillenbefund feststellen. Für die Behandlung empfiehlt er möglichst langes Hinausschieben eines operativen Eingriffes; vor der Intubation brauche man dann nach des Verf. Erfahrungen nicht zurückzuschrecken. Diphtherieserum muß natürlich außerdem in hohen Dosen angewendet werden; auf Grund der erhöhten Disposition der Masernkranken für Diphtherie empfiehlt Verf. prophylaktische Seruminjektionen, wie sie in der Anstalt Bokays durchgeführt werden.

Bartenstein (Breslau).

Morosow und Chatunzew. *Ueber gleichzeitigen Verlauf von Abdominaltyphus und Masern bei einem 8¹/₂-jährigen Mädchen.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 14.)

Die Verfasser berichten über ein 8¹/₂-jähriges Mädchen, welches wegen Abdominaltyphus am 10. Krankheitstage mit Roseolen am Körper, vergrößerter Milz, Diazoreaktion des Harns und einer Temperatur von 40.3 aufgenommen wurde. Am 11. Krankheitstage Widalsche Reaktion stark positiv. Am 14. Tage der Typhuserkrankung stellte sich das Prodromalstadium von Masern ein und nach 3 Tagen begann ein charakteristisches Masernexanthem aufzutreten, welches am 7. Tage seit dem ersten Auftreten der Prodromalerscheinungen abbläute. Nach Ablauf des Masernfiebers verlief 9 Tage lang das Stadium der Lysis des Abdominaltyphus mit intermittierendem Fieber. 2 Tage lang war die Temperatur normal, dann stellte sich ein Rezidiv des Abdominaltyphus ein, welches 18 Tage andauerte, wobei sämtliche charakteristische Merkmale des Abdominaltyphus ebenso wie bei dem ersten Anfall vorhanden waren. Aus dem am 11. Tage des Rezidivs den Roseolen entnommenen Blute wurden Eberth'sche Bazillen in Reinkultur gezüchtet. Nach Ablauf dieses Rezidivs war 26 Tage die Temperatur normal; die Kranke erholte sich und wurde bereits auf die übliche Kost gesetzt. Dann entwickelte sich ein zweites Rezidiv mit Wiederholung derselben Erscheinungen wie bei den beiden ersten Anfällen. Das letzte Rezidiv dauerte 13 Tage an.

Der Fall bietet wegen der Genauigkeit der Diagnose beider Erkrankungen, der Masern sowohl wie des Abdominaltyphus, besonderes Interesse. Er beweist, daß eine Kombination von Abdominaltyphus und Masern im Gegensatz zu der Ansicht von Curschmann und Grancher möglich ist. Die Masern haben der Temperaturkurve einen besonderen Charakter mit

zweimaligem Maximum verliehen und den Abdominaltyphus sozusagen in zwei Teile geteilt, indem die Lysis hinausgeschoben wurde. Der Typhus wurde gleichsam unterbrochen, um nach Ablauf der Masern seinen weiteren Fortgang zu nehmen, u. zw. von demjenigen Moment ab, in dem er unterbrochen war. Die von den Autoren bezüglich des Verlaufes der geschilderten Kombination gemachten Angaben, nämlich daß dieselbe einen schweren Verlauf nähme, hat sich in dem im Vorstehenden geschilderten Fall nicht bestätigt. Die Masern sind verhältnismäßig leicht verlaufen, haben aber wohl ein prädisponierendes Moment zu den Rezidiven gegeben, welches dem Organismus bei der Erlangung der Immunität hinderlich gewesen ist.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Mc Collom and Blake. *General peritonitis complicating scarlet fever.* (Allgemeine Peritonitis bei Scharlachfieber.) (Boston med. and surg. Journ., 10. Dezember 1903.)

Bei einem fünfjährigen Kinde begann in der vierten Woche der Erkrankung eine akute Peritonitis. Wegen Tuberkulose der Eltern und Anamnese einer im vorigen Jahre überstandenen Maserninfektion war der Befund von Streptokokken bei der Probepunktion nicht absolut vorausgesehen. Es bestand daneben noch ein Pleuraemphysem; der Fall ging in Genesung über. Verf. berichten außerdem über einen letalen Fall bei einem Erwachsenen und weisen auf die außerordentliche Seltenheit und allgemein üble Prognose der Komplikation hin.

Wachenheim (New-York).

A. J. Hoffmann. *Ueber zwei seltene Fälle von skarlatinöser Otitis media.* (Wratschebnaja Gazetta, 1903, Nr. 8.)

Die Seltenheit der Fälle ist durch den Ausgang bedingt, den der Krankheitsprozeß in denselben genommen hat. Der erste Fall betrifft ein 15jähriges Bauernmädchen, welches am 10. März wegen Eiterflusses aus beiden Ohren und völliger Taubheit in das Krankenhaus kam. Anamnese: Vor ca. vier Monaten erkrankte die Patientin samt ihren sämtlichen Geschwistern an Scharlach. Bei der Patientin hat der Scharlach einen weit heftigeren Verlauf genommen als bei den übrigen Geschwistern. Es stellten sich bei ihr bald außerordentlich heftige Kopfschmerzen und Reißen in den Ohren ein, zugleich verlor sie das Gehör. Nach ca. zwei bis drei Tagen stellten sich Eiterfluß aus beiden Ohren und eine Abduktion des Mundes und sämtlicher Gesichtsmuskeln nach rechts ein. Status praesens: Die Patientin ist äußerst erschöpft, so daß sie sich kaum auf den Beinen zu halten vermag. Sichtbare Schleimhäute sehr blaß. Vollständige Parese des linken Nervus facialis. Vollständige Taubheit auf beiden Ohren. Aus beiden Ohren fließt äußerst übelriechender Eiter in großer Quantität. Hinter den Ohren sind mit Eiter gefüllte Säckchen zu fühlen. Durch Druck auf diese letzteren wird der Eiterfluß aus den Ohren gesteigert. Temperatur 39. Von seiten der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts abnormes. Harn eiweißfrei. Im Krankenhause floß der Eiter buchstäblich in Strömen; trotzdem man den Verband täglich dreimal wechselte, war das Kissen stets mit Eiter durchtränkt, so daß auch das Kissen mehrmals täglich gewechselt werden mußte. Am 12. März Operation in Chloroformnarkose. Bei der Eröffnung des Sackes hinter dem rechten Ohre fand man einige kleine Sequester, die frei im Eiter schwammen. Die Sequester wurden entfernt. Das erkrankte Schläfenbein und der Processus mastoideus wurden vorsichtig mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Bei Eröffnung des Sackes hinter dem linken Ohre fand man in demselben ein großes Sequester, welches sich bei der näheren Besichtigung als der usurierte und mit äußerst übelriechendem Eiter durch und durch durchtränkte Processus mastoideus erwiesen hat, auf dem die Incisura mastoidea noch deutlich zu sehen war. Auch hier wurde das erkrankte Schläfenbein mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Hierauf Tamponade der Höhlen mit Jodoformgaze. Am demselben Tage abends: Temperatur normal, Eiterfluß gering. Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich folgendermaßen: Die Temperatur war ununterbrochen normal, der Eiterfluß aus den eröffneten Höhlen wurde

immer geringer und geringer, während der Eiterfluß aus den Ohren bald vollständig verschwand. Die Abszeßhöhlen begannen bald sich mit gesunden Granulationen auszufüllen. Die Paralyse des N. facialis bildete sich nur in unbedeutendem Maße zurück. Die Taubheit ist im status quo ante geblieben. In der ersten Zeit wurde der Verband täglich, dann aber, als der Eiterfluß geringer wurde, einen Tag um den anderen gewechselt, Appetit und Schlaf befriedigend. Die Patientin hat sich bedeutend erholt. Am 10. April wurde die Patientin mit kleinen Fisteln hinter den Ohren entlassen.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine rechtsseitige akute Otitis media, kompliziert mit Eiteransammlung in der Höhle des rechten Processus mastoideus: es bestanden nämlich Schmerzen in der rechten Hälfte des Kopfes, hohe Temperatur, ödematöse Schwellung der Haut hinter dem rechten Ohre, dann Fluktuation an dieser Stelle, Schmerzen im Gebiet des rechten Processus mastoideus, die sich bei Druck steigerten, Eiterfluß aus dem rechten Ohre, Vorstülpung des Trommelfells und Schwellung der hinteren oberen Wand des Meatus auditorius externus etc. Die später manifest gewordene tiefe Fluktuation wies darauf hin, daß sich der Abszeß durch die äußere kortikale Schicht des Processus mastoideus einen Weg unter das Periost gebahnt hat. Es war klar, daß die Aufmeißelung des Processus mastoideus unbedingt indiziert ist. Durch Zufall (wegen hinzutretener Nephritis) wurde die Operation aufgeschoben, und der Patient (es war ein achtjähriger Knabe), genas in kurzer Zeit vollständig ohne jegliche operative Intervention. Ein so günstiger Ausgang bei akuter Eiteransammlung in der Höhle des Processus mastoideus bei skarlätinöser Otitis media ist zweifellos ein überaus seltenes Vorkommnis, was dem vorstehenden Falle hervorragendes kasuistisches Interesse verleiht.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Fischer. *Clinical results with Anti-streptococcus-serum in scarlet-fever. (Antistreptokokkenserum bei Scharlachfieber.)* (Med. Record, 7. März 1903.)

Bericht des Verfassers umfaßt bloß zwei Fälle; trotz anscheinend guten Erfolges des Antistreptokokkenserums bei diesen wäre es wohl gewagt, allgemeine Schlüsse auf den Wert desselben bei Scharlachfieber zu ziehen. Wachenheim (New-York).

Koplik. *Tuberculosis of the tonsils, and the tonsils as a portal of tubercular infection. (Tonsillentuberkulose, die Tonsillen als Eingangspforte der tuberkulösen Infektion.)* (Amer. Journ. Med. Sciences, November 1903.)

Kopliks erster Patient, ein 15monatlicher Knabe, akquirierte eine Tonsillentuberkulose vom Großvater, der an Lungentuberkulose litt. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Im Anschluß daran entwickelte das Kind tuberkulöse Zervikaladenitis und ging einige Monate darauf an Larynx- und Lungentuberkulose zugrunde. Bei einem zweiten Falle, einem 12jährigen Mädchen, waren die Tonsillen selbst anscheinend normal, die peritonsillären Lymphknoten jedoch hochgradig verkäst, ohne weitere Organerkrankung; die Infektion in diesem Falle ebenfalls zweifellos tonsillär. Der dritte Fall, ein 8jähriger Knabe, bot die Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis; bei der Sektion fanden sich die linken peritonsillären Drüsen stark verkäst, die Tonsille selber nur vergrößert; in den anderen Organen allgemeine

Miliartuberkulose, der Eingang der Infektion hier auch ganz gewiß bei den Tonsillen. Wachenheim (New-York).

Carrière. *Sur un cas de cirrhose tuberculeuse hypertrophique et graisseuse (type Hanot—Lauth) chez un enfant.* (Archives de med. d. enf. 1903.)

Mitteilung der Krankengeschichte und des makroskopischen und mikroskopischen Befundes einer tuberkulösen Leberzirrhose bei einem sechsjährigen Knaben. Tuberkelbazillen konnten färbereich nicht nachgewiesen werden. Hingegen starben Meerschweinchen, die mit aseptisch entnommenem und fein verriebenem Lebermaterial geimpft wurden, an langsam verlaufender Tuberkulose. Die Lungen und sonstigen Organe des Kindes mit Ausnahme von Mesenterialdrüsen waren frei von pathologischen Veränderungen.

Carrière erklärt sich die Genese der Leberzirrhose so, daß es sich um Import von abgeschwächten Tuberkelbazillen von einer Mesenterialdrüse aus in das Pfortadersystem handelt. Auch bei Meerschweinchen konnte er durch Infektion mit abgeschwächten Tuberkelbazillen dasselbe Bild der Leberzirrhose erzielen. Steinitz (Breslau).

G. Steron. *Lungensyphilis.* (Soc. anat. pathol., 13. März 1903.)

Autor demonstriert die Lungen eines viermonatlichen Kindes, welches an anderen Läsionen hereditärer Lues zugrunde ging.

In der linken Lunge finden sich weiße, resistierende, nicht krepitierende Knoten (mit größerem spezifischen Gewicht als Wasser). Außerdem kleine Herde von ähnlichen Knoten gebildet. Unter dem Mikroskop Verdickung der Alveolarwände; ausgesprochene Endarteritis und Periarteritis. Die Alveolen sind erfüllt von zerfallenen Zellen. Diese Befunde erinnern an die weiße Pneumonie Virchows. Hendrix (Brüssel).

Dubois-Havenith. *Fatale Ichthyosis.* (Soc. belg. de dermat. et syphiligr., 12. Juli 1903.)

Vorstellung eines mit diesem Leiden behafteten Kindes, welches nach Aussage des Geburtshelfers seit Geburt daran leidet. Kaposi hat ähnliche Fälle publiziert, woraus sich ergibt, daß diese Affektion angeboren sein kann. Hendrix (Brüssel).

Fabre. *Étude clinique sur le zona infantile.* (Revue mensuelle d. mal. de l'enfance. Dez. 1903.)

Eine Uebersicht über 63 Fälle von Herpes zoster im Kindesalter, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen.

Freund (Breslau).

L. Vernet. *L'Éosinophilie hématique dans l'éczéma des nourrissons.* (C. R. de la soc. de biol., 1903, Nr. 15.)

Das histologische Blutbild beim Kindereczem zeigt sich in analoger Weise verändert, wie dies für viele Fälle des Ekzems Erwachsener durch Neuber, Rille, Zappert u. a. festgestellt worden ist. Pfaunder (Graz).

Begroff. *Ueber einen Fall von Keratosis follicularis Morrow-Brocq.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 9.)

Es handelt sich um einen achtjährigen Knaben mit Keratosis follicularis Morrow-Brocq, dessen Mutter in der Kindheit mit derselben Krankheit behaftet war. Trockenheit der Haut seit der frühesten Kindheit. Nach dem Bade wird die Haut etwas weicher, jedoch nur für kurze Zeit. Im

fünftens Lebensjahre war das Kind augenkrank: die Augen eiterten, dann fielen Brauen und Wimpern aus. Haut blaß, trocken und rauh. Die Affektion erstreckt sich hauptsächlich auf die Dorsalfläche der oberen Extremitäten, wobei sie an der Dorsalfläche der Hände in Form von grauen Knötchen erscheint, aus denen stellenweise ein Haarbruchstück hervorragt. Stellenweise sind trockene Wärzchen zu sehen, die manchenorts mit schwarzen Köpfchen abschließen. Etwas aus diesen Gebilden herauszudrücken, gelingt nicht. Die Gegend des Arcus superciliaris ist etwas hyperämisch. Statt Haaren sind hier die eben erwähnten Haarwärzchen zu sehen. Die Lidränder sind narbig verändert und fast vollständig haarlos. Die Augenbindehaut ist hyperämisch. Am schwächsten sind die Wärzchen auf den übrigen Teilen des Gesichts, auf den Ohrmuscheln, Schulterblättern, lateralen Partien der Brust und des Abdomens, der äußeren Seiten der Oberschenkel, Unterschenkel und Dorsalfläche der Füße ausgesprochen. Die objektiven Empfindungen bestehen in einem unangenehmen Gefühl von Trockenheit der Haut. Handteller und Fußsohlen sind intakt. Im übrigen besteht außer einer leichten Schwellung der Inguinal- und Submaxillardrüsen nichts abnormes. Die Diagnose bot keine besonderen Schwierigkeiten: es ist die sogenannte Ichthyosis follicularis Lesser oder Keratosis follicularis Morrow-Brocq, eine Krankheit, welche in Hyperkeratose, u. zw. vorzüglich der Mündungen der Haarfollikel besteht. Behandlung: Wannenbäder und Einreibungen der Haut mit fettigen Substanzen.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Althausen. *Hautemphysem bei zehnjährigem Knaben.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 14.)

Der Knabe war in den Jahren 1900—1901 an Pleuritis (nicht eitriger) erkrankt und wurde im Oktober 1902 in die Klinik wegen Hitze, Husten, Atemnot und Schmerzen in der linken Seite aufgenommen. Die Besichtigung ergibt zwischen Wirbelsäule und dem linken Schulterblatt von der vierten bis zur zehnten Rippe Schwellung mit undeutlich zirkumskripten Rändern, die mit blasser, unveränderter, bei Berührung weicher Haut bedeckt ist, welche dem Fingerdruck leicht nachgibt, wobei der Finger ein Knistern wie beim Durchgehen von Luft durch eine schmale Öffnung empfindet. Wenn man das Kind husten läßt, fühlt die Hand mit dem Hustenstoß gleichsam einen Stoß. Die Perkussion ergibt an dieser Stelle nach dem Verdrängen der Luft gedämpften Schall; Atmung abgeschwächt, mit bronchialen Beiklang und feuchten Rasselgeräuschen. Probepunktion liefert keine Flüssigkeit zutage. Die Geschwulst sinkt nach der Punktion zusammen, kommt aber nach einiger Zeit wieder. Ueber der ganzen Lunge stark gedämpfter Schall, über dem oberen Lungenlappen etwas stärker als über dem unteren. Bei der Auskultation hört man zahlreiche feuchte Rasselgeräusche und bronchiales Atmen. Etwas schleimig-eitriges Sputum mit Tuberkelbazillen. Nach einem Monat verschwanden Fieber, Schmerzen, Atemnot und Husten fast vollständig. Körpergewichtszunahme $2\frac{1}{2}$ Pfund. Erscheinungen in den Lungen unverändert. Die Tatsache, daß Luftaustritt nur bei Hustenstößen stattfindet, weist darauf hin, daß die Kommunikationsöffnung eine sehr kleine ist.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

C. Cattaneo. *Sudì un caso di porpora primitiva acuta.* (Ueber einen Fall akuter primärer Purpura.) (Associaz. medico-chirurgica di Parma, Juni 1903.)

Siebenjähriger Knabe. In einem Monate verschiedene Perioden mit verschiedenen klinischen Formen: 1. Nur Riesenekchymose, Apyrexie, allgemeines Befinden sehr gut. 2. Rheumatoidische Schmerzen, kleine Ekchymosen. 3. Fieber, Albuminurie, Enterorrhagie, übelriechender Stuhlgang, Erschöpfung. Diese drei Perioden entsprechen den drei verschiedenen Formen, die von den Franzosen

unter dem Namen Werlhofsche Krankheit, rheumatoide Purpura und infektiöse Purpura beschrieben werden. Es sind nur drei verschiedene Ausdrucksformen einer und derselben Toxininfektion.

Verf. hat die autolytische Wirksamkeit des Serums studiert und während des Anfalles eine viel größere Heftigkeit desselben konstatiert; die isolytische Wirksamkeit dagegen verhält sich anders. Das widerspricht der Hypothese Ehrlichs über Bildung von Anti-autohämolysinen.

Dotti (Florenz).

Paris et Salomon. *Note préliminaire sur la résistance globale chez l'enfant. Note sur quelques cas de purpura chez les enfants. Note sur quelques modifications du sang dans la diphthérie.* (C. R. de la soc. de biol., 1903, Nr. 7, 8 und 14.)

Nach der Hamburgerschen Methode vorgenommene Bestimmungen über das Verhalten der roten Blutkörperchen gegen anisotonische Lösungen ergaben, daß die osmotische Widerstandsfähigkeit bei gesunden Kindern in keinem Alter von jener der Erwachsenen wesentlich abweicht. In einer Reihe von Fällen hämorrhagischer Diathese bei Kindern erwies sich hingegen die Resistenz der Körperchen erhöht. Bei diphtheriekranken Kindern wurde die „Resistenzbreite“ zumeist vermindert, manchmal nur verschoben befunden.

Pfaundler (Graz).

E. Abderhalden. *Beitrag zur Kenntnis der Ursachen der Hämophilie.* (Beiträge zur path. Anat. und zur allg. Pathologie, Bd. 35 Heft 1, S. 213.)

Die mitgeteilte Beobachtung schließt mit Sicherheit aus, daß in der vom Autor angeführten Bluterfamilie eine Anomalie in der Zusammensetzung des Blutes vorliegt, indem in allen Fällen ausnahmslos Verletzungen, welche die Körperoberfläche (Haut etc.) betrafen, sich durchaus normal verhielten. Das Blut gerann normal und die Heilung erfolgte ebenso rasch wie unter normalen Verhältnissen, Nachblutungen stellten sich nicht ein. Ganz entgegengesetzt verhielten sich Blutungen der Schleimhäute, namentlich die der Nasen- und Mundhöhle sowie der Gelenke. Die Ursache der Hämophilie ist somit in dem vorliegenden Falle eine ganz lokalisierte. Der Autor meint, daß dieselbe höchst wahrscheinlich bedingt ist durch eine Anomalie im anatomischen Aufbau der kleinen Gefäße (Venen) und Kapillaren an den genannten Orten und es ist sehr wohl denkbar, daß auch den übrigen Fällen von Hämophilie dieselbe Ursache zugrunde liegt, nur daß die Lokalisation der Gefäßanomalien eine mehr und weniger ausgedehnte ist.

Den Stammbaum der beobachteten Bluterfamilie vergleiche im Original.

Unger (Wien).

Dufour. *Ein Fall von Hämophilie mit Hämarthros.* (La clinique, 1903, Nr. 45.)

Knabe von 11 Jahren. Hämorrhagie im rechten Knie erforderte die Eröffnung des Gelenkes nach 16tägiger Dauer. Zur selben Zeit verschiedene andere Gelenksaffektionen und Petechien am Stamm und an den Gliedern. Hereditäre Hämophilie sehr ausgeprägt. Behandlung mit 4%iger Gelatinelösung. Heilung.

Hendrix (Brüssel).

Wilhelm Neutra (Wien). *Ueber den Einfluß akuter Infektionskrankheiten auf die Leukämie.* (Zeitschrift für Heilkunde, XXIV. Bd., Heft XI, S. 349.)

Neutra berichtet über zwei entsprechende Fälle, von denen der zweite dem Kindesalter angehört. Ein 14jähriger Knabe erkrankte ca. sechs Wochen ante exitum unter den Erscheinungen einer hochgradigen Anämie. Sehr häufiges Nasenbluten, Blutungen aus dem Zahnfleisch und im Augenhintergrund reichliche Hauthämmorrhagien. Dakryocystitis purulenta. Geschwürsbildung an Lippen und Zahnfleisch. Multiple Lymphdrüsen-schwellung, stark vergrößerte Milz. Im Blut eine starke Leukozytose. Intermittierendes, zeitweise sehr hohes Fieber. Im Gefolge eines Kopfkopfschmerzes Auftreten von größeren Blasen, in welchen sich reichlich Streptokokken nachweisen lassen. Entwicklung einer eitrigen Pleuritis und Peritonitis im Gefolge eines Abszesses im Ileopsoas. Rapider Abfall der Leukozytenzahl bis auf subnormale Werte mit auffälliger Veränderung des Zahlenverhältnisses zwischen Lymphozyten und Leukozyten. Aus der Literatur konnte Neutra 21 hiehergehörige Beobachtungen zusammenstellen. Der Rückgang der Leukozyten ist in der durch die Bakterieninvasion erzeugten verminderten Leistungsfähigkeit der Blutbildungsstätten zu suchen.

Zuppinger (Wien).

Nikolski. *Akute Leukämie beim Kinde.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 2).

Nikolski berichtet über einen 6 Jahre und 8 Monate alten Knaben, der noch vor einem Monat vollständig gesund gewesen war und dann plötzlich abzumagern und blaß zu werden begann. Es stellten sich Nasenbluten, Schmerzen in den Unterschenkeln, im Brustbein und im linken Hypochondrium sowie Temperatursteigerung bis 38° ein. Im 5. bzw. 6. Lebensjahre hatte das Kind Diphtherie und Dysenterie überstanden. Der Vater des Kindes ist 51, die Mutter 46 Jahre alt; beide sind gesund und syphilitisch nie erkrankt gewesen. Status: Haut und Schleimhäute sehr blaß. Leber und Milz ragen 4 cm über den Rippenbogen hinaus. Lymphdrüsen, namentlich am Halse, vergrößert. Herz etwas erweitert. Atmungsorgane normal. Das Blut ist von heller Schokoladenfarbe, an weißen Blutkörperchen (Lymphozyten, eosinophile und basophile Körperchen) reich; es kommen auch kernhaltige rote Blutkörperchen vor. Die Zahl der roten Blutkörperchen beträgt 1.500.000, die der weißen 80.000, das Verhältnis somit 1:16; Hämoglobingehalt 42%. Es traten Bluteckchymosen auf, das Nasenbluten wurde häufiger und profuser, die Temperatur stieg wieder; es stellten sich Erbrechen und Unruhe, beschleunigte Atmung und Verfall des Pulses ein. Das Kind starb. Sektion fand nicht statt.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Segal. *Leukämie bei zwölfjährigem Knaben.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 21.)

Die Eltern des Knaben sind gesund; er selbst, nie krank gewesen, hat anfangs Januar bei starkem Frost ca. 11 bis 12 km zu Fuß zurücklegen müssen. Nach Hause zurückgekehrt, fühlte er sich schlecht und klagte über Bauchschmerzen; dann verlor sich der Appetit und es stellten sich Oedeme der unteren Extremitäten und des Abdomens ein. Ende Jänner wurde der Knabe in die Klinik aufgenommen. Status praesens: Marasmus. Körpergewicht 24,4 kg, Körperlänge 131 cm, Haut blaß, mit einem Stich ins Graue. Sichtbare Schleimhäute blaß, leicht zyanotisch. Drüsen lassen sich am Hals an manchen Stellen palpieren, zeigen jedoch nirgends bedeutende Vergrößerung. Mandeln, Hoden eher atrophisch. Schilddrüse vergrößert, besonders der rechte Lappen. Lungen und Herz normal. Abdomen gleichmäßig vergrößert, Bauchumfang in der Höhe des Nabels 64,5, im Gebiet des unteren Rippenraumes 67,5 cm. Leber vergrößert, ziemlich derb; Leberaud stumpf, obere Lebergrenze vorn an der Mammillarlilie von der sechsten Rippe beginnend, die untere ragt über den Rippen-

rand 4 cm hervor. Die Milzdämpfung beginnt von der sechsten Rippe an der Mamillarlinie, nimmt die gesamte linke Hälfte des Abdomens bis zum Nabel und bis zur Crista ossis ilei ein. Am Augengrund hochgradige Erweiterung der Venen. Arterien blaß, doppelt konturiert; Sinnesorgane normal; Hautsensibilität etwas gesteigert. Knie- und Hautreflexe bieten keine Abweichungen von der Norm. Harn: spezifisches Gewicht 1002 bis 1011, Reaktion sauer, Farbe hellgelb, bisweilen trübe, mit reichlichem weißen Niederschlag, der aus harnsaurem Ammonium und harnsaurem Natrium besteht; enthält weder Eiweiß noch Zucker. Temperatur bewegt sich in den Grenzen zwischen 37.5 bis 38.0; einigemale stieg sie allerdings bis zu 40.0. Die Untersuchung des Blutes ergab: Farbe blaßrot, Konsistenz klebrig, leichte Gerinnbarkeit; spezifisches Gewicht 1040. Hämoglobin nach Gowers 55%; rote Blutkörperchen 4,025.000; weiße Blutkörperchen 187.200, das Verhältnis der weißen zu den roten 1 : 20. Die Färbung nach Gabrielschewski ergab: Lymphozyten 36.5%, polynukleäre Elemente 55%, eosinophile 8.5%. Vom 18. Januar bis zum 5. März bekam der Patient Opolienum Poehl in Dosen von 0.25 bis 1.5 dreimal täglich. Da die Temperatur zu dieser Zeit bis zu 40.0 stieg, wurde das Opolienum ausgesetzt, ohne daß sich jedoch an der Temperatur etwas geändert hätte. Während des Aufenthalts des Knaben im Krankenhaus hat sich die Schilddrüse verringert, die Leber und die Milz haben sich dagegen vergrößert; desgleichen hat der Bauchumfang um 2.5 cm zugenommen. Segal gelangt zu dem Schluß, daß es sich im vorstehenden Falle um die gemischte Form der Leukämie, nämlich um die lineale und medulläre handelt.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

O. Cozzolino. *Sul reperto del sangue in un caso di anemia pseudo-leucemica infantile. (Ueber Blutbefund in einem Falle Anemia pseudoleucoemica infantum.)* (Il Policlinico, Sezione med. 4, 1903.)

Interessant wegen des Alters des betreffenden Knaben (fünfjährig) und wegen der außerordentlichen Seltenheit typischer eosinophiler Zellen.

Dotti (Florenz).

Hallé et Jolly. *Sur une forme d'anémie infantile. (Un cas de chlorose du jeune âge.)* (Archives de médecine des enfants, 1903, Nr. 11, S. 664.)

Verff. berichten über ein Kind, das nach Ueberstehen zahlreicher Darmstörungen mit 2½ Jahren in ihre Beobachtung kam. Auffallende grünlich-blasser Farbe und geistige Depression des Kindes waren die hervorstechenden Symptome. Bei normaler Zahl roter Blutkörperchen fand sich nur ein Drittel des normalen Hämoglobingehaltes und unter den weißen Blutkörperchen eine Verschiebung zugunsten der Lymphozyten. Geringfügige Änderungen im Ernährungsregime wurden mit einer Eisenmedikation verbunden, um diese Symptome zu bekämpfen. Es stellte sich sogleich eine Besserung des Blutbefundes und des gesamten, besonders auch des psychischen Verhaltens ein. Sobald das Eisen ausgesetzt wurde, zeigte sich eine Rückkehr zum früheren schlechten Zustande. Daher wurde die Eisentherapie durch zwei Jahre beibehalten und wiederholte gründliche Blutuntersuchungen bewiesen die dauernde fortschreitende Besserung. — Verff. konstruieren hieraus das Bild einer kindlichen Chlorose. Ueber die Natur der Erkrankung in den ersten beiden Lebensjahren vorausgegangenen Störungen ist zu wenig mitgeteilt, um das ganze Krankheitsbild beurteilen zu können.

Weigert (Breslau).

Zukanow. *Basedow'sche Krankheit bei einem siebenjährigen Mädchen.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 17.)

Der Fall betrifft ein siebenjähriges Mädchen aus anscheinend gesunder Familie, am normalen Schwangerschaftsende geboren; es bekam die Mutterbrust. Zahndurchbruch im ersten Lebensjahre. Das Kind hat im zweiten Lebensjahre laufen gelernt und eine Zeit lang an Eiterfluß aus dem Ohre gelitten; die gegenwärtige Erkrankung begann vor ca. einem Jahre. Deutlichen Exophthalmus haben die Eltern vor einigen Monaten bemerkt. Zugleich trat eine Geschwulst am Halse auf. Herzklopfen und Atemnot will die Mutter nie bemerkt haben. Der Charakter des Kindes hat sich verändert, es ist launisch und nervös geworden. Status: Körperlänge 111 cm, Körpergewicht $19\frac{1}{2}$ kg, Knochensystem regelmäßig entwickelt, Haut blaß. Erytheme und Narben nicht vorhanden. Dermographismus. Panniculus adiposus mäßig entwickelt. Kniereflexe gesteigert. Gesichtsfarbe blaß, Augenlider weit geöffnet; Augäpfel ragen leicht nach vorn hervor. Die von einem Augenarzt ausgeführte Augenuntersuchung ergab das Stellwagsche, dann das Graefesche Symptom und Kurzsichtigkeit, die von einem Rhinologen ausgeführte Untersuchung ergab hypertrophische Rhinitis und Trübung des linken Trommelfells sowie Vergrößerung der linken Mandel. Schilddrüse vergrößert, namentlich der rechte Teil derselben. Halsumfang oberhalb der Drüse 23 cm, an der Drüse 26 cm. Linke Submaxillardrüse etwas vergrößert, Halsdrüsen mehr links als rechts vergrößert. In der Gegend der Halsdrüsen Pulsation, desgleichen in der Herzgegend. Herztätigkeit gesteigert, Herzgrenzen erweitert, Herztöne rein. Puls 120 in der Minute, regelmäßig.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Berkenheim. *Diabetes mellitus bei Kindern.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 12.)

Berkenheim berichtet über zwei Fälle aus der therapeutischen Abteilung des St. Olga-Krankenhauses. In dem ersten Fall handelt es sich um einen 13jährigen Knaben, der wegen hochgradiger Abmagerung, gesteigerten Appetits und Durstes, sowie wegen häufiger Mixtion in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Der Knabe ist seit einem Jahre krank, sehr nervös und reizbar. Anzeichen von Heredität nicht vorhanden. Harnquantität 500, spezifisches Gewicht 1037, Reaktion sauer, Zucker 25–7%. Der Knabe verblieb im Krankenhause 85 Tage, wobei sich sein Zustand mit jedem Tage verschlechterte. In den letzten Tagen sank die Zuckerquantität im Harn bis auf 1–2%; das spezifische Gewicht des Harns betrug 1013. Die mikroskopische Untersuchung ergab in demselben zahlreiche körnige Zylinder, Tod unter Erscheinungen von Koma. Die Sektion ergab akute Entzündung des oberen und unteren Lappens der rechten Lunge und fibrinös-eitrige Pleuritis; Pankreas sehr dünn.

Der zweite Fall betrifft einen elfjährigen Knaben, der vor drei Wochen plötzlich aus heiler Haut über Gefühl von Mattigkeit in den Beinen zu klagen, viel zu trinken und häufig zu urinieren begann. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus ergab die Untersuchung von seiten der inneren Organe nichts abnormes. In der ersten Woche fühlte sich der Knabe wohl und hat 1 kg an Körpergewicht zugenommen. Die tägliche Harnquantität betrug 3 bis 6 l, Reaktion sauer, spezifisches Gewicht 1036, Zucker 4%. Nach 14 Tagen hochgradige Verschlechterung. Der Kranke wurde immer schlaffer und schlaffer, schlief immerfort, verlor den Appetit und 3 kg an Körpergewicht. Die Harnquantität sank bis 25 l; spezifisches Gewicht 1026, Zucker 1%. Die tägliche Zuckerquantität betrug ca. 80, die tägliche Harnstoffquantität ca. 15 g. Diazoreaktion und Reaktion auf Indikan negativ. Zwei Tage vor dem Tode trat im Harn eine bedeutende Quantität Azeton und im Niederschlag körnige Zylinder auf. Eiweiß war während der ganzen Krankheitsdauer nicht vorhanden. Temperatur normal; kein Husten. Nach drei Wochen Tod unter Erscheinungen von Koma. Sektion: Akute Entzündung des oberen Lappens der rechten Lunge; Pan-

kreas weich, dünn und blaß. Die mikroskopische Untersuchung der Leber und des Pankreas ergab ein negatives Resultat.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Foquet (Charleroi). *Zwei Fälle von Barloescher Krankheit.* (Journ. med. de Bruxelles, Nr. 33, 20. August.)

Zwei Fälle mit Ausgang in Heilung. Behandlung nach Variot: Frische Milch, Erdäpfelpüree, Orangensaft.

Hendrix (Brüssel).

Rotch. *Infantile Skorbitus.* (Medical News, 12. September 1903.)

Verf. berichtet über zwei Kinder im Alter von zehn, resp. neun Monaten. Beim ersten Fall wurde mehrmals für vermeintliche Osteomyelitis operiert ohne Besserung; bei Richtigstellung der Diagnose auf Skorbit und entsprechender Therapie verschwanden allmählich die Symptome. Beim zweiten Falle dachte man an ein Osteosarkom, die Anstellung der antiskorbitischen Behandlung klärte bald den wahren Sachverhalt auf. Verf. meint, daß man bei schmerzhaften Schwellungen an den Knochen bei Kindern gegen genannte Verwechslungen auf der Hut sein soll.

Wachenheim (New-York).

Siegert. *Beiträge zur Lehre der Rachitis.* (Siehe auch Referat S. 404 dieser Monatsschrift.) (Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. 58, S. 929).

Siegert beschäftigt sich mit der Frage der Heredität der Rachitis, die er durch klinisch-statistische Untersuchungen angeht. Er kommt zu dem Resultate, daß die Heredität einer der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Rachitis ist. Brusternährung ist kein absoluter Schutz gegen Rachitis; und selbst die schwersten hereditären Rachitisformen finden sich bei Brustkindern.

In den Tabellen, aus denen Siegert seine Resultate belegt, stützt er sich lediglich auf die Zahnung und die Angabe, mit welchem Alter die Kinder laufen lernten, während man besonders bei Aufzählung der rachitisfreien Familien genaue Daten erwarten müßte. Uebrigens fällt bei letzteren in Tabelle II (S. 944 und 947) die zweimalige Erwähnung einer Familie auf, u. zw. um so peinlicher, weil die Personaldaten unter einander nicht unerheblich differieren.

Steinitz (Breslau).

E. J. Stolkind. *Drei Fälle von Bronchialasthma bei Kindern.* (Medicinskoe Obosrenie 1903, Bd. 59, H. 4 und Archiv für Kinderheilkunde Bd. 37).

Verf. berichtet über 3 zweifellose Fälle von nervösem Asthma bei Kindern, die sämtlich zur reflektorischen Form gerechnet werden mußten. Nur bei dem einen Knaben bestand Lungenemphysem in den asthmafrem Intervallen. In dem einen Falle handelte es sich um eine reine Form von hereditärem nervösen Bronchialasthma; die Mutter des Knaben war nämlich selbst hysterisch und hatte zwei Schwestern, die beide an nervösem Bronchialasthma gelitten haben. Auch in einem weiteren der drei Fälle bestand Prädisposition: der Großvater des Knaben väterlicherseits hatte an Bronchialasthma gelitten, der Vater des Knaben (Syphilitiker) hat zwei Schwestern, die bis auf den heutigen Tag an Asthma leiden. Im dritten Falle ist schließlich hereditäre Tuberkulose von Seiten des Vaters vorhanden. Sämtliche Knaben waren Neurastheniker. Bei dem einen pflegte sich nach dem Asthmaanfall Urtikaria einzustellen. Die Prognose ist beim Bronchialasthma der Kinder gewöhnlich gut, jedoch nicht immer, wie dies von manchen Autoren behauptet wird. So kennt beispielsweise Verf. einen Fall von hereditärem Bronchialasthma in einer Familie bei einem Bruder von 27

und einer Schwester von 25 Jahren, die seit der Kindheit bis auf den heutigen Tag an ihrem Leiden laborieren. Außerdem hat Verf. neulich noch einen weiteren Fall von Bronchialasthma bei einem 32 jährigen Manne beobachtet, der daran seit dem 9. Lebensjahre leidet.

Gegen Asthma sind verschiedene und zahlreiche Mittel in Vorschlag gebracht worden, woraus nur hervorgeht, wie schwer dieses Leiden der Therapie zugänglich ist. Wenn möglich, soll man vor allem die veranlassende Ursache zu beseitigen suchen. Bisweilen leisten gute Dienste Jod, manchmal tonisierende Behandlung, Ortswechsel, eine Seereise etc.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Bovaird. *Pneumothorax in children. (Pneumothorax bei Kindern.)*
(Arch. Pediatrics, November 1903.)

Bei zwei Fällen folgte Pneumothorax auf Masernpneumonie, bei zwei anderen auf Lungenabszeß, bei einem fünften Fall war die Ursache nicht zu eruieren; dieser letzte genas, die übrigen endeten letal. Verf. sammelt 13 weitere Fälle aus der Literatur.

Wachenheim (New-York).

A. Kühn. *Ueber den Ausgang der kindlichen kruppösen Pneumonie in Lungensequestrierung.* (Archiv f. Kinderheilk., Bd. 37.)

Mitteilung der Krankengeschichte und des Obduktionsbefundes bei einem 5½ Jahre alten Knaben, der an einer Pneumonie des rechten Unterlappens erkrankt war. Kurze Zeit darauf trat auch eine Infiltration im linken Oberlappen auf, die etwa acht Tage unverändert bestehen blieb und dann anscheinend in Lösung überging, wobei aber noch hohes Fieber bestand. Wenige Tage darauf starkes Erbrechen und Temperaturabfall auf 35,4, der als Krise gedeutet wurde. Acht Tage später Exitus. Die Sektion ergab das seltene Bild einer ausgedehnten Sequestrierung von hepatisiertem Lungengewebe im linken Oberlappen. Der rechte Unterlappen war bereits wieder lufthaltig. Starke Dilatation und Hypertrophie, namentlich des rechten Herzens. Bei der Schwierigkeit der Sputumuntersuchung bei jungen Kindern ist die Diagnose schwer zu stellen. Durch Auskultation und Perkussion war kein Anhalt für einen Sequester vorhanden.

Bartenstein (Breslau).

Leiner. *Mediastinales Emphysem bei tracheotomierten Kindern.*
(Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 58.)

Verf. beschreibt neun derartige Fälle. Für die Diagnose des Emphysems des Mediastinums kommen in Betracht: Ein über dem Sternum und dicht daneben entweder mit der Herzaktion oder der Atmung synchrones hörbares feinblasiges Knistern — bei Druck auf das Sternum wird dasselbe lauter; — Verschwinden des sicht- und fühlbaren Herzspitzenstoßes; begleitendes Hautemphysem. Differentialdiagnostisch kommen nur perikardiale und pleuroparikardiale Geräusche in Betracht. Die Prognose des Falles wird durch ein auftretendes Emphysem nicht verschlechtert. Zum Entstehen von Emphysem ist es nötig, daß bei der Tracheotomie nach Eröffnung der Trachea und vor Einführung der Kanüle sich die

durchtrennten Gewebsschichten über die Tracheotomiewunde verschoben. Aber auch nach Einführung der Kanüle kann Emphysem zustande kommen, wenn die Kanüle für den Trachealschnitt zu klein ist.

Bartenstein (Breslau).

Rheiner. *Ueber die Diagnostik der akzidentellen Herzgeräusche im Kindesalter.* (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1903, Nr. 23.)

Die auf angeborene Herzfehler, auf infantile Endokarditis und idiopathische Herzhypertrophie zurückführbaren Herzgeräusche lassen sich durch genaue klinische Untersuchung ausschließen; ebenso die nicht ganz seltenen extrakardialen Nebengeräusche und die bloß zum Herzen fortgeleiteten anämischen Nonnengeräusche. Als Hauptmerkmal der akzidentellen Herzgeräusche bezeichnet Verf. die Inkonstanz des Geräusches, welch letzteres in der Regel ein systolisches, selten ein diastolisches, immer aber an der Herzspitze am deutlichsten zu hören ist.

Im Gegensatz zu Hochsinger hält Verf. auf Grund seiner Erfahrung am Vorkommen rein akzidenteller Herzgeräusche bereits im ersten Kindesalter, d. h. vor der zweiten Hälfte des vierten Lebensjahres fest.

Wieland (Basel).

Comby. *Un cas de maladie de Roger.* (Communication interventriculaire.) (Arch. d. méd. des enfants 1903, S. 743.)

Unter Rogerscher Krankheit haben wir einen größeren oder geringeren Defekt im Septum ventriculorum zu verstehen, der außer einem lauten systolischen Geräusch über der Herzspitze keine klinischen Erscheinungen hervorruft und eigentlich erst auf dem Obduktionstisch sicher diagnostiziert werden kann, wenn nämlich der Patient an einer interkurrenten Krankheit zugrunde geht. Einen Fall dieser Art beschreibt Verf., nur daß er die sichere Diagnose Septumdefekt bereits intra vitam gestellt hat; Ref. möchte gegen die Berechtigung hiezu Bedenken erheben, da es ihm keineswegs sicher erscheint, daß ein lautes systolisches Geräusch von der beschriebenen Lokalisation (auch bei fehlender Cyanose und sonstiger funktioneller Störung) ausschließlich durch Septumdefekte verursacht werden kann. In die em Falle hat allerdings die Autopsie den diagnostizierten Septumdefekt ergeben.

Freund (Breslau).

Haushalter und Richon. *Malformation cardiaque et cavité medullaire chez un enfant de 10 mois.* (Revue d. mal. de l'enfance. Dez. 1903.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Höhlenbildung im Rückenmark und mannigfachen Mißbildungen des Herzens, deren eingehende Schilderung sich zum Referat nicht eignet.

Freund (Breslau).

Hoche. *Sclérose du foie chez l'enfant.* (Archives de méd. des enfants 1903.)

Von 900 Kindern hat Verf. 9 Fälle von Lebercirrhose beobachten und histologisch untersuchen können. Die Fälle hatten die verschiedenste Aetiologie (Intoxikationen, Infektionen, Syphilis etc.)

Bezüglich der histologischen, durch Mikrophotogramme erläuterten Details sei auf das Original verwiesen.

Steinitz (Breslau).

Krasnobajew. *Fall von Gastropiose (Glenardsche Krankheit) bei einem elfjährigen Mädchen.* (Russki Wratsch 1903, Nr. 8.)

Das Mädchen magerte in den letzten vier Monaten merkbar ab und klagte über Bauchschmerzen, Aufstoßen, Sodbrennen und namentlich über häufiges Erbrechen, bei der Aufnahme über Bauchschmerzen und Uebelkeit. Das Abdomen ist bei tiefer Palpation überall schmerzhaft, besonders aber in den beiden Hypochondrien; in der Magengegend sehr deutlich Plätschergeschall. In liegender Stellung befindet sich die untere Magenkurvatur 2 bis 4 cm unterhalb des Nabels, die obere 6 bis 8 cm unterhalb des Schwertfortsatzes. Bei der Kontraktion des Magens sind seine Grenzen mit dem Auge zu sehen, in der Magengrube eine kleine Einsenkung und eine leichte Pulsation. Die Aorta zu fühlen, gelingt nicht. Eblust und Darmfunktion normal; Zunge rein. Von seiten der übrigen Organe nichts Abnormes. Das Kind ist gut entwickelt. Zu Bett gebracht und auf eine sehr nahrhafte Kost gesetzt, verschwanden die Beschwerden sofort ohne Behandlung und schon nach acht Tagen begann das Kind an Körpergewicht zuzunehmen. Trotzdem zeigte die Lage des Magens bis zu der nach sechs Wochen erfolgten Entlassung keine Veränderung; der Magen blieb gesenkt. Erscheinungen von Magenvergrößerung waren nicht vorhanden. Die Magenwände zeigten gute Kontraktilität. Bei der Magenspülung gelang es nicht, den Magen mit einer bedeutenden Quantität Wasser zu füllen; das Wasser wurde rasch herausgeschleudert. Die motorische und absorbierende Fähigkeit des Magens haben sich bei mehrfachen Versuchen mit Salol und Jodkalium als normal erwiesen; ebenso haben die des Morgens ausgeführten Magenspülungen niemals Speisereste zutage gefördert. Kurz, es war klar, daß weder Magenkatarrh noch Stenose des Pylorus, sondern nur Gastropiose bestand, bei der, wie Rovsing bewiesen hat, sämtliche Symptome nur von der Ueberlastung des Magens durch dessen Inhalt, unabhängig von dessen Qualität abhängen. Krasnobajew nimmt an, daß sämtliche Erscheinungen der Gastropiose sich wieder einstellen werden, wenn das Kind längere Zeit unter den häuslichen Verhältnissen gewohnt haben wird.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Szesenewski. *Ueber Albuminurie bei Neugeborenen.* (Dissertation St. Petersburg. Wratschebnaja Gazetta 1903, Nr. 21.)

Eiweißspuren werden in den ersten sechs Tagen nach der Geburt des Kindes in 22%, Mucinspuren in 100% der Fälle beobachtet. Am ersten Tage nach der Geburt kann man Eiweiß bei 30%, am fünften Tage nur bei 6% der Neugeborenen finden. Als Ursachen, welche das Auftreten von Eiweiß im Harn von Kindern im Alter von 1 bis 6 Tagen beeinflussen, hebt Verf. folgende Momente hervor: protrahierte Geburt, häufiger bei Erstgebärenden; je geringer das absolute Körpergewicht des Kindes und je größer die relative Abnahme desselben in den ersten Lebenstagen, desto häufiger ist Eiweiß im Harn zu finden; schließlich hängt das Auftreten von Eiweiß von der Körpertemperatur des Kindes ab. Mucin im Harn wird am häufigsten am ersten Tage nach der Geburt des Kindes (in 96%) beobachtet; dann sinkt allmählich dieser Prozentsatz, bis schließlich am sechsten Tage nach der Geburt Mucin nur in 50% der Fälle angetroffen wird. Spuren von harnsaurem Niereninfarkt wurden in 60% aller untersuchten Individuen beob-

achtet. Das Auftreten von Eiweiß im Harn wurde stets von Mucin begleitet, während Eiweiß und harnsaure Infarkte im Harn desto häufiger auftraten, je konzentrierter die Farbe und je stärker die Säurereaktion desselben war. Bei der Besprechung der Literatur hebt Verf. hervor, daß zwischen seinen Schlüssen und denjenigen der anderen Autoren sich eine Differenz bemerkbar mache und führt dieselbe darauf zurück, daß die anderen Autoren Eiweiß (Protein) von Mucin (Proteid) nicht streng genug unterschieden haben. Ferner äußert sich Verf. dahin, daß das Nukleoalbumin von Flensburg nichts anderes ist als Mucin, und daß schließlich kein Grund vorhanden ist, von „physiologischer Albuminurie“ bei Neugeborenen zu sprechen, es könnte höchstens von einer „physiologischen Mucinurie“ die Rede sein.

Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

E. Mensi. *Sulla nefrite del neonato e del lattante. (Ueber Nephritis der Neugeborenen und Säuglinge.)* (Klinisch-pathologisch-anatomische und bakteriologische Studie. Rivista di Clinica pediatrica 1903, Nr. 8.)

Nachdem Verf. 12 klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen von Nierenläsionen bei Säuglingen in der Sektion Turin der ital. Gesellschaft für Kinderheilkunde mitgeteilt hat (s. Nr. 4 dieses Bandes, S. 217), veröffentlicht er jetzt eine vollständigere Arbeit über den Gegenstand, mit einer größeren Zahl von Beobachtungen (17).

Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bronchopneumonie ist bei Säuglingen häufig Ursache von Nephritis.

2. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen betreffen besonders das Epithel und insbesondere das Epithel der Hirnrindensubstanz und erstrecken sich selten auf den vaskulären oder glomerulären Apparat.

3. Die Läsionen sind vorzugsweise tubulär, seien nun Mikroorganismen in der Niere oder nicht.

4. Es existiert kein konstantes Verhältnis zwischen Nierenfunktion und der klinischen Symptomatologie, besonders was die Störungen des Kreislaufes und des Nervensystems anbetrifft.

5. Die Erklärung dieses Gegensatzes zwischen Nierenfunktion und Krankheitserscheinungen in der Niere bei Nephritis ist nur dadurch möglich, daß man gleichzeitig Harnautointoxikation, Erzeugung von Auto- und Nephrolysinen und individuelle Empfänglichkeit heranzieht.

6. In einigen Fällen ist der erbliche Einfluß evident, während der Beweis der Teilnahme der Leber an der Entstehung der speziell urämischen Erscheinungen fehlt.

7. Die Prognose der Nephritis bei Säuglingen ist meistens mit der Prognose der die Nephritis verursachenden Krankheit eng verbunden.

8. Das Renaden bildet ein wertvolles Heilmittel.

Dotti (Florenz).

Oberdorfer. *Poisoning due to the chemical decomposition of bromoform.* (Vergiftung durch chemische Zersetzung des Bromoforms.) (Arch. Pediatrics, November 1903.)

Nach der Einnahme einer mittleren Dose von Bromoform wegen Pertussis fiel das Kind in kurzer Zeit in Koma mit Puls- und Atemschwäche und Aufhebung sämtlicher Reflexe. Die ausgeatmete Luft roch stark nach Brom. Bald kam auch hochgradige Cyanose hinzu. Unter Stimulation, künstlicher Respiration, Sauerstoffinhalation und heißen Kochsalzeinläufen kehrte das Bewußtsein nach 15 Stunden zurück; totale Rekonvaleszenz nach vier Tagen.

Untersuchung des verwendeten Bromoforms ergab eine Schichtung desselben mit freiem Brom und H.-Brom. Von diesen Substanzen würden indes so kleine Quantitäten kaum gefährlich wirken, das Resultat der Analyse muß als unbefriedigend angesehen werden, es handelte sich wohl um andere Zersetzungsprodukte. Wachenheim (New-York).

W. P. Shukowsky. *Einige Fälle von Sublimatvergiftung bei Neugeborenen.* (Wratschebnaja Gazetta, 1903, Nr. 49.)

Verf. beschreibt einige plötzliche Todesfälle bei Neugeborenen, die auf Grund des klinischen Verlaufs sowie der späteren Sektion als Fälle von Sublimatvergiftung gedeutet werden mußten. Die Ursache der Vergiftung, bzw. die Quelle des Giftes erblickt er in denjenigen Sublimatlösungen, welche zu Desinfektionszwecken während des Geburtsaktes gebraucht werden, wobei am gefährlichsten die Spülungen sind, die nach dem Abgang des Fruchtwassers vorgenommen werden. In der Tatsache, daß in einigen Fällen die hintere Hälfte der Zunge und der Rachen am meisten affiziert waren, erblickt Verf. einen Anhaltspunkt dafür, daß das Gift, nämlich das Sublimat, bei der Reinigung der Mundhöhle des neugeborenen Kindes vom Schleim, welche gewöhnlich mit dem Finger ausgeführt wird, dem Organismus des Kindes einverleibt werden kann, nämlich wenn die Hände zuvor mittels Sublimatlösung desinfiziert werden. Alles in allem empfiehlt Verf. vollständige Fortlassung des Sublimats in der gynäkologischen Praxis, wenigstens ist in der Klinik, aus der die Erfahrungen des Autors herrühren, das Sublimat einfach durch peinlichste Sauberkeit ersetzt worden. Lubowski (Berlin-Wilmersdorf).

Lützhöft. *Ein Fall von kongenitalem Morphinismus.* (Hospitalstidende 1903, 4. R., Bd. XI, Nr. 49, pag. 1219.)

Eine Frau, die $2\frac{1}{2}$ Jahre lang an Morphinismus gelitten hatte und täglich ca. 13 cg Chlorati morphiei konsumierte, wurde schwanger. Während der Schwangerschaft stieg die tägliche Dosis bis zu 20 bis 25 cg; außer starken Palpitationen verlief die Gravidität ganz normal, und die Geburt stellte sich ungefähr 14 Tage später als berechnet ein. Bei Beginn der Wehen nahm Pat. 14 cg Morphinum auf einmal, wodurch die Entbindung um zwei Stunden verzögert wurde; sonst war der Verlauf normal sowie auch das Puerperium.

Das Kind war ausgetragen, wog 4000 g, war gleich von Geburt an außerordentlich unruhig und schreiend, konnte gar nicht schlafen und hatte Stridor congenitus. Es nahm die Flasche mit Begierde, brach aber jedesmal alles aus und wurde bald sehr elend und ausgetrocknet. Verf. verordnete dann Tinctura Thebaica. $\frac{1}{2}$ Tröpfchen zwei- bis dreimal täglich und allmählich besserte sich der Zustand. Das Erbrechen hörte auf, der Schlaf stellte sich ein und das Kind gedieh später gut.

Monrad (Kopenhagen).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

Lambinon. *Der Dienst in der Consultation de nourrissons (Säuglingsambulatorium) an der Frauenklinik von Liège. (Resultate des Jahres 1901—1902.)*

Die Milch wird unter Verschuß bei 102° C eine Minute lang sterilisiert. Mit der Ernährung wird nicht früher begonnen, als bis die Speicheldrüsen gut funktionieren. Um die Mütter zur natürlichen Ernährung anzuspornen, erhalten die selbststillenden Frauen alle acht Tage ein Geschenk.

Von 687 an der Klinik geborenen Kindern haben das Ambulatorium 196 von der Mutter ernährte, 7 künstlich, 7 mit gemischter Nahrung ernährte besucht, 3 starben, d. h. 1.42% während die allgemeine Sterblichkeit in Liège bei Kindern unter einem Jahre 17.8% beträgt. Die Kränklichkeit war sehr gering, weder infolge von Rachitis noch durch Barlow.

Hendrix (Brüssel).

Moreau. *Die Säuglingsambulatorien, ihre Organisation. (Journ. méd. de Bruxelles, 30. Juli 1903.)*

Propagandaartikel, in welchem mit Berufung auf die Musteranstalt in Lille (Frau Dr. Bernson) die Ansicht vertreten wird, man müsse, um Tausenden von Säuglingen das Leben zu retten, in einer organisierten und systematischen Weise gegen die Ignoranz der einfachsten hygienischen Regeln zu Felde ziehen; es sollten alle Mütter über die Grundbegriffe instruiert werden; zugunsten der Hygiene möge eine aktive Propaganda unternommen werden; in höheren Töchterschulen empfehle sich der Unterricht über die Elementarbegriffe der Kinderpflege. Ferner solle man die Wirksamkeit der hygienischen Regeln in den Ambulatorien selbst demonstrieren, wo das Wachstum der Kinder regelmäßig zu registrieren ist, wo man eine permanente Kontrolle zu organisieren habe, die Mutter durch Geschenke zur Befolgung der Vorschriften anspornen und endlich eine Gratisverteilung von sterilisierter Milch vornehmen möge.

Hendrix (Brüssel).

Goler. *The influence of the municipal milk supply upon the deaths of young children. (Der Einfluß der städtischen Milchaufsicht auf die Sterblichkeit kleiner Kinder.) (Amer. Medicine, 19. Dezember 1903.)*

Golers Statistik beruht auf den Erfahrungen in Rochester, N. Y. (160.000 Einwohner) innerhalb der letzten sechs Jahre; es sind dabei wieder die günstigen Erfolge von anderen Orten zu verzeichnen, die Mortalität der Säuglinge ist um 65% reduziert worden. Die Maßregeln umfaßten Volksbildung in bezug auf Kinderernährung, Ueberwachung der Milch und Verabreichung guter Milch an die ärmste Bevölkerung zum Selbstkostenpreis seitens der Behörde.

Wachenheim (New-York).

O. Wyss. *Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre und Blasenseuche der Milchtiere. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1903, Nr. 33.)*

Im Jahre 1898 zeigte sich in Zürich eine ungewöhnlich hohe Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre, die, wie die

amtliche Statistik der Todesfälle lehrte, auf eine lokale Enteritis-epidemie zurückgeführt werden mußte. Ähnliche Steigerungen der Säuglingssterblichkeit infolge von Enteritis zeigten zu verschiedenen Zeiten verschiedene andere Bezirke des Kantons. Jeweilen ließ sich hier sowie in der Stadt Zürich eine gleichzeitige oder unmittelbar vorhergehende Steigerung der seit Jahren endemischen Maul- und Klauenseuche (Blasenseuche) beim Rindvieh nachweisen, so daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Enteritiserkrankungen und Todesfällen mit dieser Krankheit der Milchtiere kaum zweifelhaft sein kann. Daß das Maximum der Kindersterblichkeit nicht mit dem Maximum der Viehseuche zusammenfällt, sondern mehrere Monate später einsetzt, erklärt sich durch das Sistieren der Milchproduktion auf der Höhe der Krankheit beim Rindvieh und der erst nach Monaten wieder auftretenden Absonderung einer zwar verkäuflichen, aber noch lange Zeit hochgradig veränderten Milch. Erst in diese Zeit fallen die Erkrankungen der Säuglinge.

Der Wunsch des Verfassers, es möchte, gestützt auf seine statistischen Erhebungen, die Milch solcher Tiere auch im Zustande der scheinbaren Rekonvaleszenz für lange Zeit und besser für immer als Kindernahrungsmittel verboten werden, scheint dem Referenten unter diesen Umständen ein Gebot einfachster Konsequenz und Notwendigkeit.

Wieland (Basel).

Freeman. *The reduction in the infant mortality in the city of New York etc. (Die Herabsetzung der Kindersterblichkeit in der Stadt New-York usw.)* (Medical News, 5. September 1903.)

Ein Resumé des hygienischen Fortschrittes der letzten Jahrzehnte, mit spezieller Erwähnung der Milchaufsicht, der verbesserten Straßenpflege, des Diphtherieheilserums.

Wachenheim (New-York).

E. Mensi. *Sulla frequenza della broncopolmonite e sue complicitanze come causa di mortalità negli esposti. (Ueber Frequenz der Bronchopneumonie und ihrer Komplikationen als Ursache der Sterblichkeit bei Findlingen.)* (Rivista d'igiene e sanità pubblica, Torino 1903).

Verf. berichtet über eine Statistik von 167 Leichenbefunden bei Säuglingen; es ergibt sich Bronchopneumonie in 113 Fällen, wovon 19 mit Pleuritis kompliziert sind. In zwei Fällen Perikarditis; in 14 Fällen akute parenchymatöse Nephritis. Für die Häufigkeit der Infektion des Atmungsapparats wird der verdorbenen Luft der Spitalsräume nochmals eine hohe Bedeutung zugeschrieben.

Dotti (Florenz).

E. Vollmer (Kreuznach). *Seehospize oder Kinderheilstätten in Solbädern?* (Therapeutische Monatshefte 1903, Nr. 10, S. 528.)

Vollmer ist gewiß kein Gegner der Seehospize, aber er hebt mit Recht hervor, daß die Solbäder bei Skrofulose und Tuber-

kulose zum mindesten so viel leisten wie die klimatisch ziemlich ungünstigen Seebäder Deutschlands. Ebenso hat er gewiß recht, wenn er auf den Nachteil der großen Entfernung von der Heimat aufmerksam macht, die den größeren Teil der Kinder betrifft. Er tritt für eine dringend notwendige Vermehrung der Anstalten beider Arten ein, so daß die Kinder, die näher ans Meer haben, in den Seehospizen, die anderen in Solbädern untergebracht werden können.
Zuppinger (Wien).

Das Kinderspital in Basel. XL. Jahresbericht, erstattet von E. Hagenbach-Burckhardt, Oberarzt, J. Fahm, Hilfsarzt, M. Reber, Assistenzarzt. Basel 1903.

Der 144 Druckseiten umfassende medizinische Jahresbericht für das Jahr 1902 bietet in gewohnter Weise eine Fülle von praktisch wichtigen und wissenschaftlich bedeutenden Krankenhausbeobachtungen und gibt ein objektives Bild der vielseitigen, internen und chirurgischen Tätigkeit in dieser Krankenanstalt.

Unter den Krankheiten der Respirationsorgane nehmen die Pneumonien (10 kruppöse, 21 katarrhalische), unter den Krankheiten der Digestionsorgane die Ernährungsstörungen bei Säuglingen (10 akute, 27 chronische Gastroenteritiden), daneben die mittels Radikaloperation behandelten Hernien (16 Inguinal-, 6 Umbilikalhernien) die erste Stelle ein. Tabellarische Zusammenstellung der einzelnen Krankheitsrubriken ermöglicht rasche Orientierung über Behandlung- und Verlauf der einzelnen Fälle.

Bei den akuten Infektionskrankheiten finden wir außer der Diphtherie (im Ganzen diesmal bloß 37 Fälle mit 8 Todesfällen = 21% Letalität, worunter 14 Operierte mit allein 6 Todesfällen = 42% Letalität) fast sämtliche Infektionskrankheiten des Kindesalters in Form vereinzelter, zufällig eingeschleppter Fälle vertreten: so Morbillen und Skarlatina in je 5, Varizellen in 3, Pertussis in 2 Fällen. Außerdem kamen 6 Typhen zur Behandlung, die sämtlich genasen.

Eine Hausepidemie (9 Fälle) von Pemphigus contagiosus (im Jahrb. f. Kinderheilk. 1903 von Hagenbach publiziert) bildet den bemerkenswertesten Abschnitt bei den Hautkrankheiten, während die in früheren Jahren ungemein häufige Skabies ganz aus der Reihe der behandelten Fälle verschwunden ist.

Die chronischen Infektionskrankheiten stehen unter dem Zeichen der Tuberkulose, u. zw. speziell der chirurgischen Tuberkulose mit nicht weniger als 47 Fällen. Der bei diesen seit Jahren üblichen, konservativen Behandlungsweise ist anlässlich der Besprechung des letztjährigen Berichtes eingehend gedacht worden: Vergl. auch die eben im Jahrbuch erschienene Arbeit Hugels-hofers (Basel) über „Spondylitis“.

Unter der Rubrik „Allgemeine Ernährungsstörungen“ treffen wir eine Reihe wichtiger Krankengeschichten, u. a. des ersten im Basler Kinderspital und wohl überhaupt in Basel beobachteten

typischen Falles von Morbus Barlowii, ferner des im Maiheft des Jahrbuches (1903) von Dr. Burckhardt publizierten Falles von paroxysmaler Hämoglobinurie, eines tödlich geendeten, unkomplizierten Falles von Icterus neonatorum, in dessen Anamnese als bemerkenswertes familiäres Moment die gleiche tödliche Erkrankung bei den zwei vorausgegangenen Geschwistern figurierte.

Die Abschnitte „Krankheiten des Nervensystems“, „Bildungsanomalien“, endlich die zahlreichen Frakturen enthalten ein reiches kasuistisches Material.

Den Schluß des Berichtes bildet eine kurze Uebersicht über die 1269 poliklinisch behandelten Kranken. Wieland (Basel).

Ungarische pädiatrische Literatur.

Referiert von Dr. Leo Loránd (Budapest).

Gyermekekrvos. (Der Kinderarzt.) Redigiert von Dr. Julius Grósz, 1903, Nr. 3. Inhalt:

Gusztav Genersich. *A fertőző bántalmak lappangási időszakának fortosságáról. (Ueber die Wichtigkeit der Inkubationsperiode bei den Infektionskrankheiten.)*

Nach des Autors eigenen Beobachtungen beträgt die Inkubationszeit bei Masern 10, bei Scharlach 4, bei Röteln 17 Tage, bei Schafblattern 13, bei Parotitis epid. 17 Tage, bei Keuchhusten bei-läufig 10 Tage, bei Diphtherie 5 bis 6 Tage, bei Influenza 4 und bei Blattern 10 Tage. Wenn die Ansteckung des Kranken nicht an dem ersten Tage erfolgt ist, so ist das Inkubationsstadium ein-scheinbar längeres. Autor bemängelt, daß der Schulbesuch in in-fizierten Klassen nicht rasch genug untersagt wird, und beantragt, daß die Sperrung der Klasse schon nach dem ersten Auftreten von Infektionskrankheitsfällen erfolgen soll. Bei Scharlach z. B. wäre die Schule sofort abzusperren und nach der Anmeldung des Falles 4 bis 8 Tage lang gesperrt zu halten. Hingegen bei jenen Krank-heiten, bei denen die Inkubationsdauer eine lange ist, während welcher Zeit eine Ansteckungsgefahr nicht vorhanden ist, braucht die Schule nicht sofort geschlossen zu werden. Zum Beispiel bei Masern kann nach dem Auftreten des ersten pünktlich angemeldeten Falles 7 Tage lang gewartet werden, dann wird die Klasse ge-schlossen, so daß die bereits Infizierten zu Hause erkranken. Die gesund gebliebenen Kinder können jedoch die Schule 5 Tage nach der Schließung der Klasse wieder besuchen, und wenn keine weitere Berührung der Schulkinder mit den Erkrankten erfolgt, so kann die Klasse durch eine relativ kurze Absperrung der Ansteckung entgehen. Dasselbe Vorgehen müßte bei Diphtherie, Influenza und Rotlauf sofort befolgt werden, bei Blattern am 10. Tage, bei Schaf-blattern am 12., bei Parotitis am 17., bei Keuchhusten müßte die

Schließung der Klasse am 10., bei Röteln am 17. Tage erfolgen. Die Absperrung der Klasse wäre bei den einzelnen Infektionskrankheiten eine relativ kurze, sie würde bei Diphtherie und Keuchhusten 8 bis 10, bei den übrigen Krankheiten höchstens 5 Tage lang notwendig sein. Auf Grund dieses Vorschlages wünscht Geneserich die Aenderung der bestehenden Vorschriften für die Absperrung der Schulen.

Karl Steiner. *A gyermekekori rostonyás tüdőlob kezeltése guajacolum carbonicummal.* (Die Behandlung der fibrinösen Pneumonie bei Kindern mit Guajakolum carbonicum.)

Schilderung von 2 Fällen, bei denen durch Duotal das Fieber am 31. Tage schwindet, hingegen Puls und Atmung erst entsprechend dem gewohnten zyklischen Ablauf der Lungenentzündung normal werden. Der Appetit wurde bedeutend gesteigert.

Adolf Neubauer. *A gyermekek gégepapillomáiról és azok gyógykezeléséről.* (Ueber Kehlkopfapillome bei Kindern und deren Behandlung.)

Beschreibung von fünf, im Budapester Adele Bródy-Kinderspitale operierten Fällen. Die Diagnose wurde mit Kirsteins Autoskop oder Laryngoskopie sichergestellt. Die Operation wurde endolaryngeal mit Lőrís gefenstertem Katheter vollzogen. Rezidiv trat bei 2 Fällen auf, ein Fall starb an Bronchopneumonie nach Masern.

Julius Grósz. *A gyermekekori typhus abdominalisról, 73 eset Kopcsán.* (Ueber Abdominaltyphus im Kindesalter, auf Grund von 73 Fällen.)

Bericht über die Typhusfälle, die seit sechs Jahren im Adele Bródy-Kinderspitale zur Beobachtung gelangten. Die Widalsche Reaktion wurde bloß „exercitii causa“ gemacht. Die meisten Fälle fielen auf die Monate August und September. Sechsmal waren mehrfache Erkrankungen in einer Familie. Bezüglich des Alters verteilten sich die Fälle folgendermaßen: Das jüngste Kind war 20 Monate alt, 27 standen im Alter von 3 bis 7, 30 zwischen 8 bis 12 Jahren und 15 waren 13 bis 14 Jahre alt. Fünf Fälle starben. Unter den klinischen Symptomen fehlte die Milzvergrößerung bloß bei 8 Fällen, währenddem Roseolen bloß bei 26 Kranken beobachtet wurden. Typhöse Entleerungen wurden bei 33 Fällen konstatiert, Darmblutung, Perforation kein einzigesmal. Die Therapie bestand in hydropathischen Umschlägen oder Einpackungen und antipyretischen inneren Mitteln, bei Herzschwäche Koffein und Kampfer. Alkohol wird grundsätzlich gemieden.

Gyermekek orvos (Der Kinderarzt) 1903, Nr. 4. Inhalt:

Paul Ranschburg. *A szörvényos cretinismus (gyermekekori myxoedema, myxoedema idiotia) kóros gyógytandáról.* (Ueber die Pathologie und Therapie des sporadischen Kretinismus).

Es ist eine festgestellte Tatsache, daß der sporadische Kretinismus sowie das Myxoedem der Erwachsenen auf einer fehler-

haften Funktion der Schilddrüse beruhen. Die Symptome werden bei zwei eigenen Beobachtungen besprochen. Die Störung des Längenwachstums wird, wie dies durch Radiographie festgestellt wurde, nicht durch zu frühzeitige Ossifikation, sondern durch zu späte Verknöcherung verursacht, welche sowohl die Diaphysen als besonders die Epiphysen betrifft. Die sonstigen charakteristischen Symptome beziehen sich auf die Haut, die Muskulatur, den Gesichtstypus, Mangel oder bloß rudimentäres Vorhandensein der Schilddrüse sowie des sexuellen Charakters und kretinmäßigen Geisteszustand. Auch die mit dem sporadischen Kretinismus verwandten Zustände werden besprochen, u. zw. der endemische mit Struma einhergehende Kretinismus, der Infantilismus sowie der Idiotismus mit mongolischem Typus. Die Therapie bestand in der erfolgreichen Anwendung der Richterschen Schilddrüsentabletten.

Soma Beck. *A csecsemő és gyermekkori eczémákezelése a törzsön é végtagokon.* (Die Behandlung des Ekzems am Körper und Extremitäten im Säuglings- und Kindesalter.)

Fortsetzung eines früher referierten Artikels, welcher sich mit dem Kopf- und Gesichtsekzem befaßte.

So lange das Ekzem näßt und mit heftigen Reizerscheinungen und Schmerzen verbunden ist, bleibt die nasse Behandlung indiziert, (Umschläge mit Resorzin-Glyzerin-Alkohollösung oder 2 bis 5% Burowscher Lösung oder 1 bis 2% Ichthyolwasser), später, nach dem Nachlassen oder Schwund der Reizerscheinungen tritt die Salbenbehandlung in ihre Rechte. Lassarpasta, Xeroform-Zinkpasta, Ichthyol-Zinkpasta und Zinknaftalan geben die besten Erfolge. Bei juckendem oder sich schälendem Ekzem wird 1 bis 3% Salizylsäure, oder 1 bis 2% Menthol zu der Salbe hinzugefügt. Bei chronischen Formen kommen die Teerpräparate zur Anwendung. Nebstbei ist die allgemeine Behandlung nicht außer acht zu lassen.

Béla Wittmann. *Intubatio utáni heges gégeszükület gyógyult esete.* (Geheilte Fall von narbiger Kehlkopfstenose nach Intubation.)

Bei dem 4jährigen Knaben entwickelte sich 20 Tage nach der sekundären Tracheotomie, welche wegen häufigen Aushustens des Tubus und peritrachealen Abszesses indiziert war, eine narbige Striktur des Kehlkopfes, durch welche man auch mit dem kleinsten Tubus nicht passieren konnte. Nach öfteren Versuchen gelang es vom Munde aus durch die Striktur ein Philipssches Führungsbougie einzuführen und mit dem auf dasselbe angeknüpften Seidenfaden den kleinsten O'Dwyerschen Tubus in den Kehlkopf hineinzuziehen. Der Tubus blieb eine Stunde lang über der gefensterten Kanüle liegen und wurde von nun an systematisch für kurze Zeit eingeführt. Nach sechs Monaten wird die Intubation noch in zehntägigen Zeiträumen wiederholt, doch kann der Knabe bereits als geheilt betrachtet werden. An dem Falle ist bemerkenswert, daß die Laryngofissur vermieden werden konnte.

Feuilleton: Nagy-László, Direktor der Lehrerpräparandie. *Ueber die Bewegung der Kinderforschung im Ausland und im Inland.*

Berichte.

Italienische Gesellschaft für Pathologie.

II. Versammlung, gehalten in Florenz am 6. und 7. Oktober 1903. (Einige Mitteilungen dieser Versammlung interessieren die Kinderheilkunde.)

Monti (Pavia). Sklerem und Sklerödem bei Neugeborenen.

Ref. hat auf dem Seziertisch zwei Fälle eigentlicher atrepsischer Hautverhärtung und einen Fall von Sklerödem beobachtet. Bei den zwei Skleremfällen hat er das Unterhautfettgewebe so hart wie Pappendeckel gefunden, mit kleinen zerstreuten Herden mit Gram-Weigert färbbarer Bazillen. Dieser Bazillus ist bloß für neugeborene Kaninchen pathogen, ohne in denselben jedoch das Bild des Sklerems hervorzurufen. Im Falle von Sklerödem hat er die Diagnose auf Streptokokkeninfektion mit vorausgehender eitriger Arthritis, zahlreichen kleinen Herden im Unterhautfettgewebe und Streptokokkenembolien in den Hautkapillaren stellen können (*Str. pyogenes*). Hypodermisch oder in seröse Höhlen injizierte Tiere starben an fibrinöser Entzündung mit ausgiebigem Exsudat, aus dem wiederum der Streptokokkus isoliert werden konnte. Verf. erinnert an den Befund von Friedländer'schem Bazillus in einem Falle Combas und an die Befunde Schmidts. Aufrechts usw. Das Bild des Sklerödems ist also klinisch festgestellt, die Krankheit aber keine ätiologische Einheit. Die Hautveränderung erklärt sich in einigen Fällen durch Gegenwart infizierender Emboli, wie im Falle des Verfassers oder durch die Tätigkeit der Toxine (Comba) oder auch durch mechanische Kreislaufstörungen (A. Monti).

Die eigentliche Verhärtung ist von Sklerödem wohl zu unterscheiden: in seinen zwei Fällen denkt Verf. an eine infektiöse Ursache, wenn er auch die Möglichkeit anderer Ursachen zuläßt.

E. Ravenna: Noma und seltene Lokalisierungen des Typhusbazillus.

In einem Falle von Noma während Typhusrekoneszenz wurde bei der Autopsie eitrige Meningitis vorgefunden; aus Kulturen des meningitischen Exsudats ergab sich der Typhusbazillus ebenso aus Blut, Leber, Milz und Nomamaterial. Die Meinung des Verfassers über die Pathogenese des Nomas geht dahin, daß diese Krankheitsform nicht durch einen spezifischen Mikroorganismus erzeugt sei. Zum Falle des Verfassers fügt Dr. Strada drei eigene Fälle hinzu, die auf typhöse Infektion folgten, ohne jedoch dabei die Gegenwart des Typhusbazillus konstatieren zu können.

A. Bignami (Rom): Ueber Veränderungen der Nervenzentren infolge von Gehirnverletzungen bei Kindern.

Verf. hat bei Kindern verschiedene Fälle von Hirnläsionen beobachtet und die begleitenden sekundären Veränderungen in den Nervenzentren studiert. Er scheidet sie in verschiedene Gruppen. In der Gruppe der Atrophien oder zellulipetalen Entartungen bestätigen die Beobachtungen des Verfassers die von v. Monakow. Verf. bestätigt auch die Forschungen dieses Autors über die Entartungen der Thalamuskern infolge kindlicher Rindenverletzungen. Die von einigen Autoren unter dem Namen *Atrophia tertiaria vel propagata* beschriebenen Veränderungen sind seiner Ansicht nach als einfache Hemmungserscheinungen oder Erscheinungen mangelhafter Entwicklung zu erklären.

Was die durch periodische Wiederholung desselben pathologischen Prozesses entstandenen Veränderungen anbetrifft, so gibt Verf. deren Existenz zu, so, daß er glaubt, daß, wie man von kombinierten medullären Sklerosen spricht, man auch von enkephalischer kombinierter Sklerose sprechen könne.

Was die diffusen oder lobären Sklerosen anbetrifft, so beschreibt Verf. besonders eine Form, die durch Vermehrung der Konsistenz des

Lappens oder eines Teiles desselben charakterisiert ist, ohne daß die Neuroglia besonders zugenommen hätte.

Zuletzt beschreibt er einige als Ausdruck einer kompensatorischen funktionellen Hypertrophie zu betrachtende Veränderungen.

Dotti (Florenz).

Sitzungsbericht der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 16. Oktober 1903.

H. Frey demonstriert einen 11 Jahre alten Knaben, der wegen Schläfenlappenabszess nach akuter Mittelohreiterung operiert und geheilt wurde.

Sitzung vom 23. Oktober 1903.

Fritz Spieler: Demonstration eines Fremdkörperbefundes bei einem 12 Jahre alten Mädchen in einem wegen perforativer Entzündung abgetragenen Wurmfortsatze. Es fand sich eine stark verrostete, hakenförmig gekrümmte Stecknadel ohne Spitze.

Sitzung vom 30. Oktober 1903.

Norbert Swoboda: Demonstration eines Falles von Gaumenperforation bei einem hereditärluetischen, achtmonatlichen Säugling.

v. Eiselsberg. Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik. Trotz guter anatomischer Resultate ist oft das funktionelle sehr mangelhaft. Der Vornahme von Sprachübungen ist große Bedeutung zuzuerkennen.

Sitzung vom 6. November 1903.

R. Neurath: Vorläufige Mitteilung über anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei Keuchhusten. (Die Originalmitteilung in dieser Monatsschrift S. 497, referiert.)

Neurath (Wien).

XI. internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Brüssel 2.—8. Juli 1903.) (Siehe auch Referat S. 407.)

VI. Sektion. 1. Unterabteilung.

Ueber die medizinische und hygienische Inspektion der öffentlichen und privaten Schulen. Organisation dieser Inspektion.

Vier Referenten behandelten diesen Gegenstand: M. Mosny, Spitalarzt in Paris, Holst, Professor der Hygiene in Christiania, Chauvin, Arzt in Lüttich und Laquer, Schularzt in Frankfurt.

Der Sitzung wohnten alle Oberinspektoren des staatlichen Elementarunterrichtes bei, welche eigens von dem Unterrichtsminister eingeladen worden waren — ein Beweis, daß man hohenorts die Bestrebungen der Philantropen und Aerzte zu würdigen anfängt.

Nach den Auseinandersetzungen von Mosny und Chauvin (wobei Holst und Laquer abwesend waren) wurde die Debatte eröffnet über die Frage, ob der Arzt allein entscheiden solle sowohl hinsichtlich des hygienischen als auch des pädagogischen Teiles des Programmes, oder ob er sich mit dem Lehrer zur gemeinsamen Aktion assoziieren müsse.

De Moor vertritt den letzteren Gesichtspunkt. Nach seiner Auffassung darf der Arzt den Pädagogen nicht übergehen, ebenso wie dieser

jenen notwendig hat; sie mögen sich die Hände reichen, um das gemeinsame Ziel zu treffen. Nur ist es nötig, daß beide für diese hygienische und prophylaktische Mission vorbereitet sind. Zu diesem Zwecke wären an den Universitäten Spezialkurse für die zukünftigen Lehrer und Schulärzte zu errichten, damit beide diejenigen Kenntnisse erwerben, die ihnen gegenwärtig mangeln, in der Pädagogik und Kindespsychologie.

Dies ist umso nötiger, als in den weitesten Kreisen der Lehrer- und Aerzteschaft noch eine sehr große Unkenntnis über psycho-pädagogische Begriffe herrscht, das Schulregime der Kinder aber auf ihrem Alter und ihrer geistigen Kapazität beruht, weshalb der Arzt in aktiver Weise in der Schule intervenieren müsse. Gestützt auf dieses Prinzip berichtet Autor über die Zustände in einem Schulbezirke von Brüssel, wo das soziologische Institut Nachforschungen vornahm; es ergab sich, daß 20% der Schulkinder in Brüssel dem Unterricht nicht mit Nutzen folgen können, daß am häufigsten die Ursachen hiervon in der Vererbung, dem schlechten Milieu, der ungenügenden Ernährung liegen. Auch De Moor verlangt die Ausdehnung des Prinzips der Spezialschulen. Kinder, die in der gewöhnlichen Schule überbürdet sind, wirken störend und ziehen keinen Vorteil von ihrem Aufenthalt, im Gegenteil, sie gewöhnen sich an Disziplinlosigkeit, Faulheit, Laster und endigen mit der Aussicht auf Korrektionshäuser, den Vorhallen der Gefängnisse oder Irrenanstalten.

Ley, Ensch und Pechère sprechen in demselben Sinne. Ensch fordert die Errichtung von Schulpolikliniken und eine unabhängige Stellung der Schulärzte.

Ley spricht über die Aenderung der Denkart, welche sich in den letzten Jahren bei den Schulärzten geltend machte. Sie gehören einem neuen System an, beschäftigen sich nicht mehr ausschließlich mit der materiellen Hygiene (Behandlung und Prophylaxe der Infektionskrankheiten), sondern richten ihre Forschung nach der psycho-pädagogischen Seite.

Pechère verlangt nachdrücklichst, daß die Sektion durch ein zustimmendes Votum diejenigen unterstütze, welche sich dem Kampfe für die Hilfsschulen widmen.

Zum Schluß erklärt die Versammlung ihre Zustimmung zu folgender Resolution, welche sich zum großen Teil auf die Schlußfolgerungen von Mosny und Chauvin stützt, in der Modifikation von De Moor:

In Erwägung, daß die Schule den Zweck verfolgt, den sozialen Wert des Individuums durch rationelle Pflege der physischen, intellektuellen und moralischen Fähigkeiten zu erhöhen, erklärt der Kongreß, daß man unter dem Begriff medizinisch-hygienischer Inspektion all dasjenige zusammenzufassen hat, was sich auf das Wohl der Schulkinder bezieht, nicht allein im engeren Sinne die Prophylaxe der infektiösen Krankheiten, sondern in viel weiterem Sinne die Pflege der Körperbeschaffenheit, die Anpassung ihrer intellektuellen Ausbildung an die individuelle Fassungskraft und spricht sich dafür aus, daß die medizinisch-hygienische Inspektion einer kompetenten Körperschaft zuzuteilen ist, welche folgendes als ihre Aufgabe betrachtet:

1. Die Ueberwachung der Salubrität der Schulräume.
2. Die Verhütung der übertragbaren Krankheiten.
3. Die periodische und häufige Kontrolle der Organfunktionen, des Wachstums und der geistigen Zustände der Schulkinder.
4. Die rationelle Körperpflege.
5. Die im Einklang mit den Pädagogen vorgenommene Anpassung der geistigen Tätigkeit an die individuellen Fähigkeiten ebenso wie die Unterweisung und Erziehung der Kinder zur Hygiene.

In unmittelbarer Anwendung dieser allgemeinen Gesichtspunkte spricht sich der Kongreß dafür aus, daß die medizinische Wissenschaft die Notwendigkeit der Errichtung von Spezialschulen für abnorme Kinder bewiesen hat, und erklärt, daß der Spezialunterricht verallgemeinert und bei allen Kindern, für die es nötig ist, in Anwendung gezogen werden möge.

Frl. Dr. de Castro, eine enragierte Anhängerin der exklusiv medizinischen Intervention in der Schule, bricht eine Lanze zugunsten des

Unterrichts der Hygiene in der Elementarschule, damit die Kinder zur Erkenntnis gelangen, daß Gesundheit und Arbeit das Geheimnis des Lebensglücks ausmachen.

Guye (Amsterdam) proponiert, eine internationale Enquete einzusetzen und Erhebungen anzustellen über die Verbreitung der adenoiden Vegetationen unter den Schulkindern, über ihren Einfluß auf die erreichten Lehrergebnisse und über die Erfolge, welche durch Operation erzielt wurden.

Baruch lenkt die Aufmerksamkeit auf die Mundpflege und Zahnpflege der Schul Kinder.

Mishima, Referent über Schulhygiene im japanischen Unterrichtsministerium, schildert das Schulsanitätswesen Japans.

Das Resumé dieser Mitteilung verdient angeführt zu werden, weil es zeigt, daß dieses Land, welches unsere Kultur in mancher Hinsicht erreicht hat, auf dem Wege ist, uns auf dem berührten Gebiete zu übertreffen.

Die Frage der Schulhygiene ist in Japan seit zwölf Jahren in Angriff genommen. Der Dienst der Schulärzte ist durch eine Ministerialverordnung vom 20. Februar 1898 mittels einer Instruktion geregelt. Sie haben die ihrer Inspektion unterstellten Klassen mindestens einmal im Monat während der Unterrichtsstunden zu besuchen; sie haben ihre Aufmerksamkeit allen Dingen, deren Vernachlässigung die Gesundheit der Schüler schädigen könnte, zuzuwenden, d. h. die Beleuchtung, die Ventilation, die Heizung, die Bücher, die Aufführung und Gesundheit des Schulkindes, das Trinkwasser u. s. w.

Außerdem untersuchen die Schulärzte die Kinder bei Eröffnung des Unterrichtes (im April und Oktober) und wachen darüber, daß beim Auftreten einer Infektionskrankheit die Schule geschlossen und die Lehrsäle gereinigt und desinfiziert werden.

Nach dem offiziellen Berichte über den Dienst 1902/1903 gibt es in Japan 4221 Schulärzte für 8292 Schulen, und ihre Zahl nimmt stetig zu. Die Honorare (Gehalte), welche den Schulärzten durch Behörden, Gemeinden etc. bezahlt wurden, betragen 124.785 Jens, d. i. ungefähr 300.000 Mark oder 375.000 Francs.

Decroly (Brüssel).

XIII. Kongreß der Psychiater und Neurologen Frankreichs und der Länder französischen Sprachstammes.

Abgehalten in Brüssel vom 1. bis 8. August 1903.

Bourneville (Paris): Aerztlich-pädagogische Behandlung der geistig zurückgebliebenen Kinder (Idioten, Schwachsinnigen etc.).

Autor hält es für wichtig, neue Tatsachen vorzuführen, um zu beweisen, daß es möglich ist, die geistigen Abnormitäten der Kinder zu bessern und sogar zu heilen, umsomehr, als die Frage gerade in Belgien von besonderer Aktualität ist, wo in Brüssel (1897), in Antwerpen (1899) Spezialklassen für die Schwachsinnigen geringeren Grades errichtet wurden, und weil ein Teil der Aerzte noch immer sogar die bloße Besserungsfähigkeit solcher Fälle bezweifelt.

Um den Beweis besonders einleuchtend zu gestalten, wählte er neun Fälle von kompletter Idiotie, welche anfangs rein vegetative Wesen darstellten, zur Demonstration. An jedem von diesen zeigt er die Fortschritte, die von Jahr zu Jahr erzielt wurden; die vorgewiesenen Photographien, welche in Intervallen von je zwei Jahren von den Kindern und ihren Schulheften aufgenommen wurden, setzen die erlangten Behandlungsergebnisse außer Zweifel.

Im folgenden sei das Resumé eines dieser Fälle mitgeteilt. Es handelt sich um ein Kind, das am 10. Mai 1888 geboren wurde und mit den Zeichen ausgesprochener Idiotie 1893 nach Bicêtre kam; zu dieser Zeit war es kaum imstande zu sprechen, beschmutzte sich bei Tag und Nacht und konnte sich weder ankleiden, noch waschen, noch allein essen; es fehlte ihm jeder Klassen- (abstrakter) Begriff. Nachdem es langsam, aber unter stetem Fortschritte, alle Entwicklungsstufen bis zur Ausbildung einer eigenen Individualität durchgemacht, ist es gegenwärtig imstande, sich allein anzukleiden, zu lesen, zu rechnen und erlernte die Schneiderei. Es besitzt einen gewissen Grad von höflichem Benehmen, ist arbeitslustig und dienstbereit und besitzt überdies zwei Eigenschaften, die wir ziemlich selten bei unseren Kindern finden: Ordnung und Reinlichkeit, welche sich in der äußeren Erscheinung, in den Büchern und Heften zeigen.

Bourneville & Lemaire (Paris): Rachitis und Idiotie.

Die Koinzidenz von Rachitis und Idiotie ist nicht nur möglich, sondern auch ziemlich häufig. Besteht somit ein Zusammenhang zwischen der Ernährungsstörung, welche die Rachitis bedingt und der Geistesstörung; und worauf beruht dieser Zusammenhang?

Unter 435 Kindern, die sich derzeit in der Anstalt von Bicêtre befinden, zeigten sich 34 unzweifelhaft mit Rachitis behaftet, also in einem Prozentsatze von ungefähr 8%. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich nicht um wahre Idiotie, sondern um Schwachsinnige oder geistig Zurückgebliebene. Ihre geistige Minderwertigkeit war nicht angeboren, sondern trat erst einige Zeit nach der Geburt auf. Die Kinder zeigten sich in den ersten Lebensmonaten entwickelt, und erst nach $1\frac{1}{2}$ –2 Jahren machten sich Symptome der Idiotie zuerst bemerkbar. Zumeist sind die Eltern dieser Kinder frei von nervösen Zuständen; die Kinder stammen nicht aus degenerierten Familien; die meisten unter diesen Schwachsinnigen besitzen auch keine Zeichen von Degeneration. Die Idiotie entwickelte sich nach einer broncho-pulmonalen Infektion oder noch öfter nach einer Darminfektion, wobei gleichzeitig auch die Rachitis auftrat, ebenfalls als Folge der Infektion. Die Autoren kommen zum Schlusse, daß Rachitis und Idiotie unter einander in enger Beziehung stehen können, sich zuweilen aus der gleichen Ursache entwickeln, aus der gleichen toxischen Infektion.

Bourneville (Paris): Die mongolische Idiotie.

Die zuerst von Langdon-Down und Ireland beschriebene mongolische Idiotie ist hauptsächlich charakterisiert durch die mongolische oder Kalmücken-Physiognomie der Kranken, durch Stillstand der körperlichen und geistigen Entwicklung (Idiotie oder Schwachsinn). Sie kommt am häufigsten in England und Amerika vor, findet sich aber in allen Ländern der kaukasischen Rasse. Bourneville selbst hat zwanzig Fälle gesehen.

Die wichtigsten Kennzeichen sind folgende: Kleiner, abgerundeter Kopf; Fontanellen geschlossen; niedrige, schmale Stirn; oberer Orbitalrand. Augenbrauen, Augenlider schräg gestellt; Augenlider elliptisch, mandelförmig geschlitz; Augenlider wie winklig zuweilen mit einer halbmond-förmigen Hautfalte vor dem inneren Augenwinkel (Epicanthus), wodurch die Nasenwurzel noch breiter erscheint; Nase kurz, etwas habichtsförmig gekrümmt; Mund zumeist klein, mit vorstehender Unterlippe, offenstehend; er läßt die etwas verdickte und fast stets fissurierte, schraffierte Zunge (Mongolenzunge) sehen; Zahnung verlangsamt; Gaumenbogen spitzbogenförmig. Auf neun Fälle kommen zwei mit Adenoidenvegetation, zwei mit bedeutender Vergrößerung der Mandeln, zwei mit etwas vergrößerten, zwei mit normalen Mandeln; Wangen und Kinn rot, Ohren sehr klein, niederstehend, ziemlich zart umsäumt, in der oberen Partie nach vorn umgestülpt. Das zurückstehende Ohr läppchen, zumeist dreieckig, angewachsen. Die Körpergestalt ist gerundet. Die Physiognomie erinnert an die mongolische. Hals regelmäßig. Schilddrüse tastbar. Thorax schwächlich, Bauch ziemlich dick. Extremitäten normal. Füße kurz und breit, Hand wie bei den Idioten.

Stimme ist scharf und falsch tönend; Genitalorgane und Eintritt der Pubertät normal. Zuweilen kommt aber auch Kryptorchismus vor. Bei zwei der Kranken traten die Menses regelmäßig im Alter von 10–10½ Jahren auf. Alle Fälle von mongolischer Idiotie waren lymphatisch und zeigten eine rückständige Entwicklung im Wuchs: 7, 10, 28, 32 Zentimeter unter der Norm ihres Alters. Sie haben die Sucht sich in Position zu setzen, lieben Musik, halten auf gute Sitte etc. Temperatur fast normal.

Bei fünf Autopsien ergab sich: Normale Thyreoidea, Persistenz der Thymus. Todesursachen: Lungenaffektionen, oft tuberkulöser Natur.

Bourneville: Schilddrüsentherapie bei Fällen von mongolischer Idiotie, Myxödematösen, Fettleibigen und Zwergen.

Bourneville berichtet über günstige Resultate, welche mit der Schilddrüsentherapie bei diesen verschiedenen Affektionen erzielt wurden. In einem der Fälle wurde die Behandlung in Perioden von drei Monaten 16mal vorgenommen seit dem Jahre 1895. Abgesehen von Fällen von Epiphysenverwachsung, trat ein regelmäßiges und beträchtliches Wachstum ein. Zugleich mit dieser Mitteilung demonstrierte Bourneville zahlreiche Radiogramme und Photographien, welche die unter Schilddrüsentherapie erreichten Resultate deutlich zeigen.

Larrivé: Verzögerte Sprachbildung infolge von anatomischer Mißbildung bei einem Epileptiker: chirurgische Behandlung.

Larrivé erinnert, daß er auf dem Kongresse zu Grenoble im vergangenen Jahre die Gründung eines medizinisch-pädagogischen Instituts angekündigt hatte, und daß man daselbst gute Resultate erzielt. Unter den Kindern, welche in Behandlung stehen, war eines mit Epilepsie und Sprachstörungen, welche letztere auf eine anatomische Mißbildung der Zunge zurückzuführen waren. Auch die Lippen waren schlaff und bewegungslos. Methodische Uebungen von Lippen- und Zungengymnastik ergaben kein genügendes Resultat. Bei der Untersuchung zeigte sich die Zunge dick und durch ein sehr kurzes Bändchen angeheftet, welches die Aufwärtsbewegung gegen den Gaumen hindert. In Berücksichtigung dieses Zustandes entschloß sich Larrivé zur Vornahme einer Operation, durch welche die Zunge losgelöst und um 2 cm verlängert wurde.

Die Operation gelang vollkommen, aber die Zunge ist noch wenig beweglich — es bedarf noch vieler Uebung, um zu einem definitiven Resultate zu gelangen, umsomehr, als das Kind apathisch ist.

Diskussion.

Bourneville meint, der Fall zeige, wie sorgfältig abnorme Kinder untersucht werden müßten, hinsichtlich der Zähne, Lunge, Pharynx, Mandeln, Nasenrachenraum etc.; die Extremitäten in bezug auf Lähmungen, Rachitis; die Genitalorgane in bezug auf Anhäufung etwaiger reizender Stoffe oder sonstige Anomalien, die chirurgische Intervention erheischen. Bourneville erinnert nochmals an die Erfolge, die er mittels der medizinisch-pädagogischen Therapie erzielt hat. Er verweist auf die Erfolge der chirurgischen Eingriffe am Schädel bei Mikrocephalen und bespricht die guten Resultate der Schilddrüsentherapie bei myxödematösem Idiotismus und mongolischer Idiotie. Heilung oder mindestens Besserung könne nicht nur bei Zurückgebliebenen und Schwachsinnigen, sondern auch bei kompletten Idioten erzielt werden. Zum Schluß erwähnt Autor, wie viel in Italien und Belgien zum Wohle dieser Unglücklichen geschehen sei, und bedauert, daß in Frankreich weder Spezial- noch Asylschulen auf Staatskosten geschaffen wurden.

Decroly bezweifelt keineswegs den Nutzen oder das Ergebnis des blutigen Eingriffes in dem Falle von Larrivé, aber er wendet sich gegen die Folgerungen, die daraus gezogen werden könnten, wenn man den Fall nicht als außergewöhnlichen betrachten würde. Er erinnert, daß das Stammeln schon einmal ein Lieblingsobjekt der Chirurgen gebildet habe,

aber mit einem solchen Mißerfolge, daß nicht bloß die Chirurgen selbst, sondern auch die gesamte Aerzteschaft noch heute unter dem Eindrucke der Enttäuschung steht. Die Mehrzahl der Zungenfehler sei zerebralen Ursprungs, die peripheren Organe sind nur sekundär ergriffen, weshalb jeder lokale Therapieversuch vergeblich sei.

Autor verweist auf Fälle von Pseudo-Bulbärparalyse bei Kindern, wo auf den ersten Anblick bloß die Zunge betroffen zu sein scheine, aber tatsächlich sind alle supra-bulbären Zentren lädiert oder unentwickelt. Da sei natürlich von chirurgischer Intervention nichts zu erhoffen. Uebrigens bestätigt er die Bemerkungen Bournevilles bezüglich der Erziehbarkeit der abnormen Kinder; fast bei allen werde mit der Zeit Erfolg erzielt, und welches Ergebnis immer erreicht wird, es bilde einen Gewinn für das Kind, die Eltern, die Gesellschaft.

A. Leri und Cl. Vurpas (Paris): Beitrag zur Klassifikation der Anenzephalen.

Die Autoren hatten Gelegenheit, das Nervensystem von vier Anenzephalen zu untersuchen, von denen zwei vorzeitig und tot geboren wurden. Die beiden anderen, welche lebend und rechtzeitig geboren wurden, hatten einen Bulbus, aber ohne die darunter liegenden Teile; die beiden frühgeborenen hingegen waren ohne Bulbus. Auf Grund der Literatur und mit Rücksicht auf diese Beobachtungen kommen Verf. zum Schluß, daß der Bulbus notwendig und hinreichend ist zur Unterhaltung der vitalen Funktionen des Neugeborenen, und daß das Gangliensystem allein zur Unterhaltung des extra-uterinen Lebens, wie gemeinlich behauptet wird, nicht genüge.

Die Veränderungen am Rückenmark lassen an einen infektiösen Hydrozephalus denken, übrigens beweist die vollkommene Konservierung des Fötus, die Konstatierung der Herztöne in einem der Fälle am Tage der Geburt den plötzlichen Tod; demnach wäre der Bulbus bis in eine sehr späte Epoche des intra-uterinen Lebens für die Entwicklung des Fötus nicht nötig. Vielleicht wird er erst notwendig zur Fortsetzung des intra-uterinen Lebens bis an den Endpunkt der normalen Entwicklung.

Neben den Anenzephalen und Pseudoanenzephalen von Geoffroy de St. Hilaire, welche weder Rückenmark noch Gehirn besitzen oder nur das Rückenmark, muß man also noch eine Gruppe von solchen Anenzephalen aufstellen, die den Bulbus besitzen und die man Bulbenzephalen nennen könnte.

Chervin (Paris): Die geographische Verbreitung des Stotterns in Frankreich (innerhalb 50 Jahren).

Da das Stottern vom Militärdienst befreit, so konnte Chervin diesen Umstand ausnützen, um die geographische Verbreitung in Frankreich zu studieren. Im Süden ist das Stottern viel häufiger als im Norden, was man übrigens bei allen Nervenaffektionen beobachtet.

Granjux (Paris) meint hiezu, man könne dem Ausspruche der Kommissionen keinen großen Wert beilegen, weil dieselben zumeist aus Laien zusammengesetzt seien.

Decroly (Brüssel).

Besprechungen.

Jaroslav Elgart. *Ueber akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe.* (Leipzig 1903, Verlag von Veit & Comp.)

Die neue Methode der Prophylaxe, der das 168 Seiten starke Buch gewidmet ist, besteht in täglich mehrmals viertelstundenlang

angewendeten Inhalationen antiseptischer Flüssigkeiten. Durch sie ist es dem Verfasser angeblich gelungen, die Spitalsinfektionen mit Scharlach, Masern etc., die in der Brünner Krankenanstalt bei dem Mangel an ausreichenden Einrichtungen zur Isolierung der Erkrankten stets an der Tagesordnung waren, auf ein äußerst geringes Maß zu beschränken. Verf. glaubt, „daß man in den Desinfektionsinhalationen ein Mittel hat, welches verläßlichen Schutz gegen die Einnistung des Infektionsstoffes der akuten Exantheme im Respirationstrakte gewährt und den Ausbruch der Krankheit verhindert oder wenigstens den Erfolg hat, daß die eingedrungene Infektion nur eine lokale Reaktion hervorruft und sich nicht zu generalisieren vermag. Ja, ich glaube sogar“ — fährt er fort — „daß man auch eine bereits weit vorgeschrittene Lokalaffectio von Scharlach und Masern durch energische Desinfektion coupiren kann. Gleichzeitig mit den Inhalationen muß auch ausgiebige Ventilation eintreten, womöglich eine permanente. Eine Sicherheit über die Richtigkeit dieser, bereits heute sehr wahrscheinlichen Anschauung wird man erst dann erlangen, bis eine größere Reihe von Versuchen gemacht sein wird, die unter ebenso ungünstigen hygienischen Verhältnissen, wie es in unserem Spitale der Fall war, angestellt werden.“

Der letzteren Meinung kann sich der Referent nur anschließen. Als Inhalationslösungen empfiehlt der Verfasser:

Acid. benzoicum	1 ^o / ₀
„ boricum	2—4 ^o / ₀
„ salicyl. . . .	1 ^o / ₀₀
Natr. chlorat. . . .	1—3 ^o / ₀
„ bicarbon. . . .	2—5 ^o / ₀
„ sozodol. . . .	1—2 ^o / ₀

Abgesehen von der erwähnten Methode enthält das Buch eine ausführliche monographische Darstellung der akuten Exantheme, die nichts neues bietet.

Freund (Breslau).

Adolf Gottstein. *Die Periodizität der Diphtherie.* Epidemiologische Untersuchung. (Mit 10 Kurven im Text. Berlin 1903. Verlag von August Hirschwald.)

Das Auftreten der Seuchen unterliegt periodischen, gleichmäßigen Schwankungen, die unter gewissen Umständen einer quantitativen Analyse zugänglich sind. So bilden Masern, Keuchhusten, endemische Pocken in Gegenden ohne Impfwang sehr steile und hohe Kurven, deren positive Welle $\frac{1}{4}$ bis $\frac{3}{4}$ Jahr, deren negative Welle dagegen 2 bis 4 Jahre umfaßt. Bei den Masern wird beispielsweise die Form der Wellenbewegung in erster Reihe dadurch bedingt, daß bei der allgemeinen Empfänglichkeit sofort ein großer Kreis erkrankt, und dann auf längere Zeit die Zahl der Empfänglichen erschöpft ist, solange bis wieder eine masernempfindliche Generation zum schulpflichtigen Alter, das die hauptsächlichste Infektionsgelegenheit mit sich bringt, herangewachsen ist. Dann

beginnt das Spiel von neuem. Bei der Periodizität der Masern handelt es sich also nur um eine zeitliche Verschiebung des Ergriffenwerdens innerhalb derselben Generation der Lebenden. Statt der Verteilung auf sechs Jahre, entsprechend einer Generation von sechs lebenden Jahresklassen, tritt eine Verdichtung der Epidemie auf den Bruchteil eines Jahres ein. Es entsteht also derselbe Wellentypus wie bei den longitudinalen Schallwellen. Ganz anders liegt die Sache bei der Diphtherie. Hier handelt es sich um eine Periodizität des Auftretens, deren Wellen sich über ein Menschenalter erstrecken. Verf. hat auf dieses Verhalten der Diphtheriekurve schon früher hingewiesen, ist aber erst jetzt imstande, die früher schuldig gebliebene Erklärung für dasselbe nachzuholen. Er stützt sich zu diesem Zwecke auf ein Zahlenmaterial, das die Sterblichkeit an Diphtherie und Krupp während der Jahre 1875 bis 1894 in Preußen, Bayern, Sachsen und einigen preußischen Provinzen und deutschen Großstädten umfaßt. Jede der zehn beschriebenen Kurven zeigt eine große Erhebung in der Mitte der Achtzigerjahre (als Hauptwelle bezeichnet), die meisten der Kurven weisen außerdem noch eine kleinere Erhebung ca. 1875 bis 1877 (Vorwelle) und eine konstante kleine Erhebung im Jahre 1893 (Nachwelle) auf. Bei der Betrachtung nach Altersklassen ergibt sich nun, daß an der erhöhten Sterblichkeit der Hauptwelle alle Altersklassen gleichmäßig beteiligt sind, an der Vorwelle aber vorwiegend die jüngsten, an der Nachwelle gerade umgekehrt die höheren Altersklassen. Bei eingehenderem Studium des Zahlenmaterials mit Zuhilfenahme verschiedener arithmetischer Operationen, deren Berechtigung der Verfasser erweist, läßt sich eine weitere überraschende Tatsache aus den nach Altersklassen getrennten Kurven ablesen, nämlich die, daß in den Siebzigerjahren eine für Diphtherie ganz besonders empfängliche Generation zur Welt gekommen ist, die während ihres Heranwachsens in jeder Epidemie den größten Tribut an die Diphtherie gezahlt hat. Als sie, vom Diphtherietode dezimiert, die Altersgrenze von 10 bis 20 Jahren erreicht hatte, war allmählich wieder eine Generation im Heranwachsen begriffen, die sich durch eine erheblich geringere Hinfälligkeit gegenüber der Diphtherie kennzeichnete. Die neu ins Leben tretenden Generationen zeigen also von Jahr zu Jahr von einander abweichende Beziehungen zum Tode an Diphtherie und bewahren den angeborenen Grad von Hinfälligkeit bis zur Erreichung der Altersgrenze. Die weiteren Ausführungen des Verfassers sind nun der Aufklärung dieser auf statistischem Wege gefundenen neuen Tatsache gewidmet und haben zur Grundlage die vom Verf. nachgewiesene familiäre Disposition gegenüber der Diphtherie, ferner die Gesetze der Vererbung angeborener Immunität und die Grundtatsachen der Selektionstheorie überhaupt. Die interessante Beweisführung, durch die der Verfasser schließlich dazu gelangt, eine ideelle Kurve der Diphtherieperiodizität synthetisch zu errichten, die sich mit der tatsächlich beobachteten bis ins Kleinste deckt, entziehen sich einer kurzen Wiedergabe.

Die gesamte Darstellung ist von solcher Klarheit, die rechnerische Methodik von so verlockender Exaktheit, daß man im Lesen leicht eines wesentlichen Bedenkens vergißt, welches nach Ansicht des Referenten doch nicht unausgesprochen bleiben darf, ob es nämlich statthaft ist, auf einer Grundlage von Zahlen, deren Gewinnung nach dem eigenen Eingeständnis des Verfassers ganz enormen Fehlerquellen unterliegt, Schlußfolgerungen bis derart ins Detail hinein zu ziehen, wie es der Verfasser gewagt hat.

Freund (Breslau).

Atti del II° Congresso per l'igiene dell' allattamento e la tutela dell' infanzia. Tenuto in Firenze dal 21 al 23 Ottobre 1901. (Tipografia E. Ariani, Firenze, 1903, pagine LX—360, pr. L. 5.)

Von besonderem Interesse sind die Mitteilungen über künstliche und natürliche Ernährung vom sozialökonomischen Standpunkt aus, und über innere Einrichtung der Findelhäuser.

Dotti (Florenz).

INHALT. Originalmitteilungen. *Rotondi.* Ueber die Verdauungswirkung des Labfermentes 595. — *Vargas.* Masernkrupp 599. — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie u. Therapie, Hygiene.** *Schkarin.* Oesophagus 606. — *Delamare.* Histologie des Dünndarmes 606. — *Kaplan.* Anatomie der Thymus 606. — *Lachowski.* Prostata 607. — *Terrien und Lamy.* Herzspitzenstoß 607. — *Low.* Mekonium 607. — *Greenfield.* Assimilationsgrenze für Zucker 608. — *A. Perlin.* Hämoglobingehalt und Zahl der Blutkörperchen 608. — *Kopetzky.* Narkose 609. — *Fraenkel.* Erkrankungen des roten Knochenmarkes bei Infektionskrankheiten 609. — *Motschan.* Leberveränderungen bei Infektionskrankheiten 610. — *Cattaneo.* Toxizität der Askariden 610. — *Martin.* Antidiphtherieserum 611. — *Schwoner.* Pseudodiphtheriebazillen 611. — *H. Keller.* Solbad 612. — *Kolbasenko.* Alkoholumschläge 612. — *Hecker.* Kefirbereitung 613. — *W. Kraus.* Triferrin 613. — *Rommel.* Unguentum argenti colloidalis Crédé 613. — **Physische und psychische Entwicklung und Erziehung, Schule.** *Ensch.* Nasenatmung und Gehör bei Schulkindern 614. — *Pearce.* Herdman. Psychosen und Schulen 614. — *Schlöß.* Zu Geistesstörungen disponierte Kinder 614. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Giavotti.* Krioskopie des Harnes 615. — *Labbé.* Alimentäre Chlorurie 616. — *Richter.* Verdauung der Milch 616. — *Raimondi.* Lebende Milch 616. — *Grégoire.* Umikoffische Reaktion 617. — *Park und Holt.* Ernährungserfolge mit verschiedenen Milcharten 617. — *Schlesinger.* Anämie und Leukozytose bei Pädatrie 618. — *Warfield.* *Zahorsky.* Sommerdiarrhöe 619. — Diskussion über den *Bazillus Shiga* bei Sommerdiarrhöe 619. — *Fjodrowitsch.* Dickdarmirrigationen 620. — **Klinik der Kinderkrankheiten.** *Decroly und Rouma.* Pathogenese des Stotterns 621. — *Kirmse.* Myxödem 622. — *Marburg.* Tabes 622. — *Hagelstam.* Syphilis, Tabes und progressive Paralyse 622. — *Schkarin.* Tic convulsif 623. — *Luisada.* Die Nervenzelle bei Meningitis 624. — *Blubasch.* Amaurose nach Meningitis 625. — *Besançon und Griffon.* Tuberkelbazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit 625. — *Escherich.* Tetanoide Erkrankungen 626. — *Orefice.* Embolie und Thrombosen der Hirngefäße 626. — *Trinkler.* Hydrocephalus internus 626. — *Wittek.* *Brack.* Sehnentransplantationen 626, 627. — *Weil.* Rachenmandel 627. — *Szuchow.* Fremdkörper in der Iris 627. — *Schiffers, Ferrando.* Intubation 628. — *Jeserski.* Würmer im Gehörgang 628. — *Work, Dodd und Mc.* *Mullen.* Schädelmißbildung 628. — *Veau.* Halszysten 629. — *Moyrihan.* Pylorusstenose 629. — *de Bary.* Pneumatocele cranii 629. — *Hugelshofer.*

Spondylitis 629. — *Fröhlich*. Angeborene Skoliose 630. — *Comby*. Wachs-
tumsosteitis 630. — *M. Cohn*. Coxa vara 630. — *Gorochow*. Recto-Colpo-
Perineoplastik 630. — *Lisjetzki*. Bauchhöhlentumor 631. — *Tatarski*. Darm-
invagination 631. — *Reinbach*. Hämorrhoiden 632. — *Doberauer*. Osteo-
myelitis 632. — *Pacchioni*. Eitrige Polyarthrit 632. — *Northrup*. Gono-
kokkenperitonitis 633. — *Perrin*. Pneumokokkenperitonitis 633. —
Dukelski. *Rudski*. *Bandler*. Vulvovaginitis 633, 634, 635. — *Kimball*.
Gonorrhöe 635. — *Möller*. Bakteriämie und Sepsis 635. — *Blubasch*.
Pyämie 635. — *Walitzki*. Psoriasis 636. — *Jantzen*. Vakzination 636. —
Jegormin. Urämie nach Influenza 636. — *Crisafi*. *Jacobson*. Keuchhusten
636, 637. — *Kissel*. *Noma* 638. — *Griffith*. *Elsberg*. Typhus 638, 639. —
Billings. Diphtheriestatistik 639. — *Billings*. *Salmon*. *Bourcart*. *Eeman*.
Simon. *Weiß*. Diphtherie 639, 640, 641. — *Ballin*. Diphtheriebazillen bei
Schnupfen 641. — *Plantenga*. Leukozytose bei Masern und Röteln 642.
Shukowsky. Masernähnliche Rubeola 642. — *Comby*. *Linsbauer*. Masern
643. — *Morosow* u. *Chatunzew*. Typhus u. Masern 643. — *Mc. Collom* u. *Blake*.
Hoffmann. *Fischer*. Scharlach 644, 645. — *Koplik*. Tonsillentuberkulose 645.
Carrière. Tuberkulöse Leberzirrhose 646. — *Steron*. Lungsyphilis 646.
— *Dubois-Havenith*. Fötale Ichthyosis 646. — *Fabre*. Herpes zoster 646.
— *Vernet*. Ekzem 646. — *Begroff*. Keratosis follicularis 646. — *Althausen*.
Hautemphysem 647. — *Cattaneo*. *Paris* und *Salomon*. Purpura 647, 648.
— *Abderhalden*. *Dufour*. Hämophilie 648. — *Neutra*. *Nikolski*. *Segal*.
Leukämie 649. — *Cozzolino*. Anämia pseudoleucemica 650. — *Hallé* und
Jolly. Chlorose 650. — *Zukanow*. Basedowsche Krankheit 651. — *Berken-
heim*. Diabetes mellitus 651. — *Foquet*. *Rotch*. Barlowsche Krankheit 652.
— *Siegert*. Rachitis 652. — *Stolkind*. Bronchialasthma 652. — *Bovaird*.
Pneumothorax 653. — *Kühn*. Lungensequestrierung 653. — *Leiner*. Media-
stinales Emphysem 653. — *Rheiner*. Akzidentelle Herzgeräusche 654.
— *Comby*. Rogersche Krankheit 654. — *Haushalter* und *Richon*. Herz-
mißbildung 654. — *Hoche*. Leberzirrhose 654. — *Krasnobajew*. Gastropiose
655. — *Szesenewski*. Albuminurie 655. — *Mensi*. Nephritis 656. — *Ober-
dorfer*. Bromoformvergiftung 657. — *Shukowsky*. Sublimatvergiftung 657.
— *Lützhöft*. Kongenitaler Morphinismus 657. — **Statistik, Krankenhäuser
und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge**. *Lambinon*. *Moreau*. Con-
sultation de nourrissons 658. — *Goler*. Städtische Milchaufsicht 658. —
Wyss. Säuglingssterblichkeit und Blasenseuche der Milchtiere 658. —
Freeman. Kindersterblichkeit in New-York 659. — *Mensi*. Bronchopneu-
monie bei Finkelkindern 659. — *Vollmer*. Seehospize oder Kinderheil-
stätten in Solbädern 659. — Kinderspital in Basel 660. — **Ungarische
pädiatrische Literatur** 661. — **Berichte**. Italienische Gesellschaft für Patho-
logie 664. — Gesellschaft der Aerzte in Wien 665. — XI. internationaler
Kongreß für Hygiene und Demographie 665. — XIII. Kongreß der Psy-
chiater und Neurologen Frankreichs 667. — **Besprechungen**. *Elgart*.
Akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe 670. — *Gottstein*.
Periodizität der Diphtherie 671. — Atti del II Congresso per l'igiene 673.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, die-
selben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion
durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen

Für die Redaktion verantwortlich: Anton Larisch.

Buchdruckerei Bruno Bartelt, Wien, XVIII., Theresiengasse 3.

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby	Czerny	Johannessen	Marfan	Mya
Manchester	Breslau	Kristiania	Paris	Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Literatur 1903.

März 1904.

Band II. Nr. 12.

Hemimelia thoracica.

Von Dr. Karl Tonarelli, Privatdozent der chirurg. Pathologie in Florenz.

(Bei der Redaktion eingegangen am 21. Januar 1904.)

Wenn die angeborenen Deformitäten überhaupt immer, wegen der Bedeutung, die man ihnen vom bisherigen Standpunkte aus beimißt, ein gewisses Interesse darbieten, so verdient folgender Fall um so mehr erörtert zu werden, als er zu jenen Abweichungen vom Normaltypus gehört, die seltener beobachtet werden.

Rovai Nella, 12jähriges Mädchen, von gesunden Eltern. — Geschwister gesund. Zangengeburt. Nach vollendetem ersten Lebensjahre die ersten Zähne.

Gesund und kräftig gewachsen, in allen Körperteilen wohlgebildet mit Ausnahme einer Deformität am rechten Arme.

Man kann die allgemeine somatische Beschreibung dahin zusammenfassen, daß Disposition und Funktionsfähigkeit der Organe vollkommen normal sind; keine bemerkenswerten Erscheinungen seitens des Nerven- und Muskelsystems und des psychischen Zustandes. Es ist ein lebhaftes und intelligentes Kind; zu seinen gewöhnlichen Beschäftigungen bedient es sich häufig und mit großer Leichtigkeit des rechten Stumpfes zur Unterstützung der linken Hand, die unter den oberen Extremitäten den tätigsten und beweglichsten Teil bildet.

Die Bedeutung des Falles liegt darin, daß bei dem Mädchen angeborener Mangel der rechten Hand besteht. Die oberen Segmente des Gliedes sind wohl gebildet und entwickelt, wie die gleichen linksseitigen; das distale Ende des Oberarms zeigt sich nicht spindelförmig, sondern behält Form und Dicke des anderen Gliedes und geht dann in einen Stumpf über, der die Interlinea articularis des Kubitus und des Radius um einige Zentimeter überragt, mit normaler Haut bedeckt ist, keinerlei Spuren von Furchen oder Narben, am Rande einige kleine, unregelmäßig konische Knoten trägt.

Die Bewegungen des Schulter- und des Ellbogengelenkes gehen normal vor sich; der Stumpf kann leichte Beugungs- und Streckungsbewegungen vollziehen.

Bei radioskopischer Untersuchung erkennt man deutlich, daß Humerus, Radius und Ulna normal konformiert sind, sowohl was Länge, Dicke, Disposition der Kurven als auch Verhältnisse der Epiphysen anbetrifft. Aber besonders bemerkenswert ist die ganz normale Konformation der

distalen Enden der beiden Vorderarmknochen; die Ulna geht tatsächlich in eine sphärische Anschwellung aus, die von außen eine kleine Apophyse darbietet, die eigentlich nichts anderes ist als der Proc. styloideus; der Radius dagegen endet in ein voluminöseres Ende, das, wie im normalen Zustand, beinahe eine dreieckige Pyramide darstellt, von deren äußerer Seite eine Apophyse hervorragt, die sich ein wenig unter die des Kubitus



Fig. 1.

herunterzieht. Aus der Radiographie stechen auch die epiphysären Knorpel ganz deutlich hervor.

Von den acht Knochen, aus denen der normale Karpus zusammengesetzt ist, liegen hier nur fünf vor und auch diese unregelmäßig angeordnet, nicht, wie gewöhnlich, in zwei Querreihen. Es ist nicht leicht, behaupten zu können, was für normale Karpalknochen man sich darin vorzustellen habe, denn außer der wechselseitigen Anordnung ist auch die Form ganz verändert. Wenn man die respektive Anordnung der kleinen Knochen im Ver-

hältnis zu den Knochen des Vorderarmes und deren Dicke in Rechnung bringt, kann man veranschlagen, daß die drei auf der Ulnarseite vereinigten, resp. dem Lunatum, dem Triquetrum und dem Hamatum entsprechen und die anderen drei, in der Richtung des Radius gelegenen das Os. Naviculare und das Multangulum minus vorstellen.

Es fehlt jede Spur der Metakarpen und Phalangen.

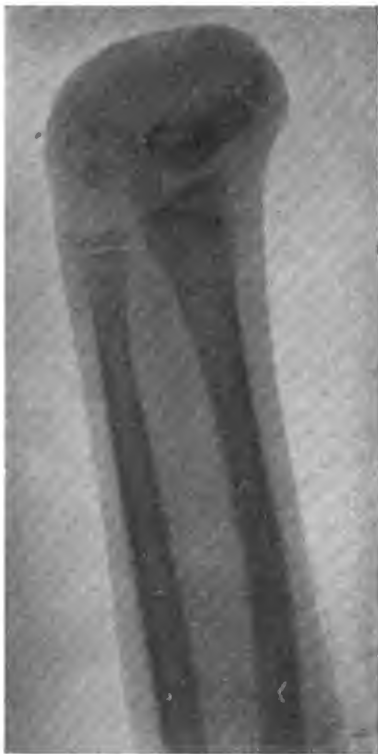


Fig. 2.

Im Grunde genommen stellt dieser Fall eine Bildungsanomalie des rechten Armes dar, deren Pathogenese interessant zu erforschen wäre. Zuerst ist festzustellen, zu welcher Kategorie von Deformität er gehöre; und in dieser Beziehung muß man sich noch auf die Klassifikation Geoffroy de St.-Hilaires verlassen, die älteste, aber bekannteste, nach welcher alle Subjekte, deren

Glieder mehr oder weniger mißgestaltet sind, in die Gruppe der Ektromeliker fallen, die wieder vier verschiedene Arten umfaßt: Ektromelie, Focomelie, Hemimelie und Ektrodaktylie.

In der Ektromelie ist die Anomalie am stärksten: das Glied fehlt gänzlich. Focomelie besteht darin, daß die Extremität des Gliedes, nämlich die Hand, obwohl normal entwickelt, gleich an den Rumpf angesetzt ist; es liegt völlige Atrophie des Armes und des Vorderarmes vor, so daß die Hand direkt aus dem Rumpf hervorzugehen scheint. In der Hemimelie ist das Basilarsegment des Gliedes gut entwickelt und geht in einen Stumpf aus, der zuweilen einen Ansatz der Hand trägt; nicht selten erweist sich auch der Vorderarm mehr oder weniger atrophisch. Die Ektrodaktylie stellt den geringsten Grad vor, da dabei bloß Mangel eines Fingers oder mehrerer Finger vorliegt.

Unser Fall ist also in die Kategorie der Hemimelien zu verlegen, da die Zentralsegmente des Gliedes, Arm und Vorderarm, gut entwickelt und gestaltet sind, während Atrophie des Distalsegmentes vorliegt. Wegen seiner besonderen Merkmale bietet sich hier ein seltener, typischer Fall von Hemimelie dar; denn die wenigen Beobachtungen solcher Deformitäten, denen man in der Literatur begegnet, weisen viel hervorstechendere Merkmale von Atrophie auf, nicht bloß der Hand, sondern auch von Teilen der Zentralsegmente. In dem von Soubeyran (Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 2 Fév. 1902) erörterten Falle ist die Hand durch Spuren zweier Finger vertreten, und Radiographie zeigt, bei Wölbgestaltung des Schulterblattes, Vorhandensein der zwei Knochen des Vorderarmes mit ihren Vorsprüngen und Gliedoberflächen, aber deformiert, klein und gebogen. Die Beobachtung von Mouchet und Vaillant (Journal de Chir., 10. Oct. 1901) zeigt den Radius stark gebogen, zwei rudimentäre Finger und drei kleine Knochen, Multangulum maius, Os capitatum und Triquetrum, die den Karpus vorstellen. Der Fall von Romano (Archivio di Ortopedia, 1898, Nr. 3), wenn auch zu den Hemimeliefällen gerechnet, weist noch andere Deformitäten der Gliedmaßen auf und wird so ein sehr komplizierter teratologischer Fall. In zwei anderen von Pagenstecher (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1899) und Orachowatz (Medizinski Napredak, 1900, Nr. 3) illustrierten Fällen bemerkt man endlich, außer Atrophie der Hand, mehr oder weniger hervorstechende Deformitäten der Zentralsegmente des Gliedes.

Wenn wir nun die Pathogenese dieser Gestaltungsanomalie erforschen wollen, so müssen wir zuerst daran erinnern, daß sich auf Grund vieler alter und neuer Beobachtungen und pathologischer Versuche, verschiedene Theorien das Feld streitig machen, die alle die Aetiologie der angeborenen Mißbildung erklären wollen. Zuerst ist die Theorie der Darwinisten zu erwähnen, nach welcher es sich nur um atavistische Formen handeln würde, um eine wohl zufällige Rückkehr zu anatomischen Merkmalen mehr oder weniger entfernter Voreltern, welche Formen jetzt noch auf einer tieferen Stufe des Tierreiches oder in verschwundenen Spezies, deren Struktureigen-

schaften uns die Paläontologie enthüllt, ihres gleichen finden können. In diesem Falle würde der Atavismus eine Abweichung von der normalen Entwicklung darstellen, der atavistische Charakter läge in der Philogenese der Art, und wäre durch eine caenogenetische Tatsache aus dem embryonalen Entwicklungsgange verschwunden.

Der Atavismus nimmt dagegen eine Entwicklungshemmung an, wenn der atavistische Charakter im ontogenetischen Leben des Individuums normal vorliegt, und so eine besondere, permanent gewordene, embryonale Disposition vorstellen würde. Das ist die embryogenetische Theorie der Entwicklungshemmung, die von Haller und Wolf zuerst erkannt, dann durch die Arbeiten Geoffroy de St. Hilaire, Meckels und Serres festgestellt und zuletzt von den Versuchen Darestes (*Récherches sur la prod. artific. des monstruosités*, Paris 1891) bestätigt wurde. Letzterer fügte zum einfachen abstrakten Begriffe der Entwicklungshemmung den ätiologischen Begriff der teilweisen Kompression des Embryos durch das Amnion hinzu, das in einer primitiven Epoche, als der Embryo noch aus homogenen, nicht differenzierten Zellen gebildet war und noch keine definitiven histologischen Elemente aufwies, durch irgend eine pathologische Ursache von seinem normalen Entwicklungswege abgewichen wäre.

Dieser pathogenetische Begriff fand in der Folge seine Bestätigung und weitere Ausbildung in den Beobachtungen anderer Forscher, welche die große Bedeutung hervorhoben, die die pathologischen Veränderungen des Foetus selbst und seiner Hüllen in der Erzeugung dieser Deformitäten annehmen; weshalb sich nach und nach die pathologische Theorie, vertreten durch Nélaton, Kirmisson, Joachimsthal, Thiele, Guéniot und Reder, immer fester behauptete, derzufolge die amniotischen Adhärenzen durch ihren abnormen Druck auf einzelne Teile des fötalen Organismus die Atrophie oder Entwicklungshemmung der Knochen- und Weichteile bewirken würden.

Auf Grund dieser Theorie ist es leicht, sich den Entstehungsprozeß der verschiedenen obgenannten Deformitäten vorzustellen, wenn wir uns ins Gedächtnis rufen, was die Embryologie über den Ursprung und die weitere Entwicklung der oberen Extremitäten lehrt. Die ersten Anfänge der oberen Extremitäten sind durch Knoten dargestellt, die aus einfachen Zellmassen ohne jeden Anschein von Spalten bestehen, sich bei der ersten Trennung vom Rumpf in transversalem Sinne abflachen und wirkliche Endschaufeln bilden. Später teilen sich die verlängerten Knoten in Segmente, die sich aufeinander zusammenbiegen; hernach erscheinen die Knochen und Muskeln, die verschiedene Entwicklungsstadien durchmachen und so die definitiven Organe ausbilden. Wenn beim ersten Erscheinen der Gliedknoten irgendwie ein Druck erfolgt, so können letztere sich mißstalten, und wir haben einen Fall von Ektromelie; erfolgt der Druck etwas später, wenn die Knoten schon ihre erste Segmentierung auf der Extremität des Gliedes aufweisen, so wird

das zu Hemimelie in ihren verschiedenen Stufen führen. Der Druck kann auf den Anfangsknoten des Gliedes, an der Basis des letzteren unter Schonung der Endschaukel erfolgen, und so zu dem Konformationsfehler Anlaß geben, der unter dem Namen Focomelie bekannt ist. Die Hemmungsursache kann endlich die Portio palmaris selbst ergreifen, im Augenblicke der Segmentierung des digitalen Randes, und dann wird man Ektrodaktylie haben, wenn die Segmentierung über alle Maßen geht und Syndaktylie, wenn die interdigitale Membran verbleibt.

Solcher Mangel von Gliedern oder Gliedteilen, die einer Entwicklungshemmung zu verdanken sind, muß jedoch von einer anderen Kategorie von Deformitäten ebenfalls intrauterinen Ursprungs unterschieden werden, die in einer vorgerückten Periode der Schwangerschaft, in einem Augenblicke entstehen, in dem die Organe schon ganz ausgebildet sind, daher einer mechanischen Entfernung derselben zuzuschreiben sind. Das sind die sogenannten fötalen Amputationen, die vormalig mit den Deformitäten verwechselt wurden, in denen Glieder durch Bildungsfehler ausfallen, bis endlich *Chaussier* 1812 zum erstenmale den amputierten Teil (eine Hand) in der amniotischen Flüssigkeit auffinden konnte. *Montgomery* aber gebührt das Verdienst, zuerst im Jahre 1832 (*Dublin Journal of med. Sciences*) die Pathogenese dieser Fälle nachgewiesen zu haben, indem er zeigte, daß Bindeschnüre durch Verwicklung um ein oder mehrere Glieder dieselben vollkommen abtrennen können; die Ursache der Bildung dieser Glieder schrieb er pathologischen Veränderungen des Amnios oder des Fötus oder übertragbaren Krankheiten, wie Syphilis, zu. Wie dem auch sei, gewiß ist durch viele Beobachtungen die Bedeutung dieser Schnüre bei Entstehung der fötalen Amputationen nachgewiesen. Typisch ist dabei der von *Zagorski* (*Mém. de l'Acad. de Méd. de St. Pétersbourg*, t. III, 1834) berichtete Fall von einem fünfmonatlichen Fötus, der nebst anderen Anomalien auch eine Amputation des rechten Beines aufwies: der Schenkel ging in einen abgerundeten und vollkommen vernarbten Stumpf aus, von dem ein sehr starker membranöser Strang ausging, der sich um das linke Bein schlang und es so wie in einer Schlinge umfaßte. An diesem Strang fand man, ungefähr in der Mitte, einen kleinen länglichen Körper hängen, in dem man den ganz gut erhaltenen rechten Fuß mit seinen fünf Zehen erkannte, aber von dem Volumen des Fußes eines Fötus von ca. 10 oder 12 Wochen.

Was Narbenschnüre erzeugen, kann auch von der Nabelschnur selbst bewirkt werden; und obwohl von den Fällen angeborener Amputationen, die diesem besonderen Mechanismus zugeschrieben werden, nicht alle einer strengen Kritik standhalten, besonders die der Extremitäten des Fötus, so ist doch die Möglichkeit derselben durch einzelne Beobachtungen nachgewiesen, wie durch diejenigen *Hillairets* (*Mém. de la Soc. de Biolog. de Paris*, t. III, 1856) und die noch typischere von *Rostkow*, der von einer unvollkommenen Amputation des dritten Mittelfingers des rechten Armes

spricht, die durch die Nabelschnur bei einem dreimonatlichen Fötus erzeugt worden wäre.

Es gibt jedoch Merkmale, die es erlauben, diese zwei verschiedenen Arten von angeborenen Läsionen der Glieder zu unterscheiden; in den Amputationen kann man tatsächlich immer an der freien Extremität des Stumpfes eine Narbenoberfläche und zuweilen eine granulierende Wunde unterscheiden, während in den einfachen Entwicklungshemmungen das Glied in einen Anhang ausgeht, der mehr oder weniger an den normalen Zustand erinnert.

Neben den unzweifelhaften Tatsachen angeborener Deformitäten, die einer mechanischen Ursache in irgend einer Lebensperiode des Embryos zu verdanken sind, haben mehrere Autoren, besonders in der letzten Zeit, auch noch Ursachen allgemeinerer Natur heranziehen wollen, u. zw. Veränderungen des Zentralnervensystems, was auch jüngst Motta (*Arch. di Ortopedia*, 1897, S. 152) und Mazzitelli (*Arch. Ortop.*, 1895, S. 340) für den angeborenen Mangel von Tibia und Fibula behauptet haben. Und so eine Theorie würde in der schon von vielen Beobachtern (Gilles de la Tourette, Déjerine, Coyne, Croisier und Mutrand) vertretenen ihre Bestätigung finden, nach welcher die Hauptursache einer Reihe sehr gewöhnlicher Deformitäten in Veränderungen des Zentralnervensystems zu suchen wäre, eine Theorie, die schon 1838 von Guérin aufgestellt, dann von Charcot und Vulpian 1890 und von Little 1871 angenommen worden war. Und auch in den Fällen, in denen sich keine Wechselbeziehung zwischen Nervenveränderung und Deformität erweist, möchte man nach dem von Lannelongue auf dem Kongreß von Bordeaux 1895 ausgesprochenen Grundsatz diese Theorie anwenden, um die Pathogenese der angeborenen Hüftgelenksverrenkung zu erklären, für die die Veränderung im Nervensystem zeitweilig aber genügend sein konnte, um Erscheinungen von Trophismus zu erzeugen.

Einen Kausalnexus zwischen den Veränderungen des Zentralnervensystems und den Deformitäten, die uns jetzt beschäftigen, anzunehmen, würden in der Tat die heutigen Gesichtspunkte der Neuropathologie Anlaß geben, wenn nicht, während in den angeborenen Deformitäten der Füße die pathologisch-anatomische Untersuchung häufig positiv ausfiel, eine solche begleitende Veränderung der Nervenzentren selten bei den genannten Deformitäten beobachtet wurde. Man muß jedoch berücksichtigen, daß die Literatur an diesen Fällen sehr arm ist und es schwerlich möglich ist, zu einer pathologisch-anatomischen Prüfung zu schreiten; und wenn es dennoch geschah, so beschränkte man sich mehr auf das Studium der morphologischen Eigenschaften des Gliedsegments als auf die Erforschung der Struktur der zerebrospinalen Achse. Man hat jedoch diesbezüglich mehrere Beobachtungen: Calori 1850 bemerkte bei einem ektromelen siebenmonatlichen Fötus Atrophie des zugehörigen Plexus; Dickinson und Vulpian beschrieben bei einem Ektromelen Atrophie der hinteren Wurzeln und der postero-

lateralen Bündel; Troisier und Edinger begegneten in Fällen von Ektromelie Verminderung der Anzahl der Zellen der Vorderhörner. Perrero (Arch. Scienze Mediche, 1901, vol. XXV) fand in einem Falle rechter Rumpfhemimelie Asymmetrie der zwei Hälften des Markes auf der Höhe des 6., 7. und 8. Zervikalsegments; die anteroexternen, posteroexternen und mittleren Zellengruppen waren auf wenige Zellen reduziert und diese waren atrophisch und in ihrem linken Teile wenig färbbar. Der Verfasser stellt sich aber mit vollem Rechte die Frage, ob diese evidente Atrophie der Zervikalsegmente als primäre, also als die wahre Ursache der Deformitäten oder nicht eher als sekundäre Erscheinung anzusehen sei.

Denn wenn die Beobachtungen vieler Fälle seit lange Amputierter, wie aus den Studien v. Gehuchten und de Neefs (Le Nevraze, fasc. II, p. 205), von Grégoriew (Zeitschr. für Heilk., Bd. XV), von Redlich (Zentralbl. f. Nervenheilkunde, 1892), Hayems (Arch. de Phys., 1884), Friedländers und Krauses (Fortschr. d. Med., 1886), von Marinesco (Neurol. Zentr., 1892) und vielen andern hervorgeht, und die Versuche Sanos (Journal de Neurol., 1897) nachweisen, daß die Entfernung der Glieder im Zentralnervensystem Veränderungen bedingen kann, so gelten diese gewiß nicht auch für das umgekehrte Verhältnis. Und nur das Studium der embryologischen Gesetze, die das Funktionieren des Nervensystems bei Bildung der Segmente regeln, wird vielleicht die Frage der Priorität der Veränderungen des Zentralnervensystems gegenüber der Entstehung der Deformität entscheiden, eine Frage, die, wie schon gesagt, der pathologisch-anatomischen Beobachtung entgeht.

Die von Brera schon seit 1812 ausgesprochene Theorie (Giornale di Med. prat., vol. I, p. 33), die dem Nervensystem die Macht verleiht, die Organisation der anderen Systeme und Organe zu regeln und zu bestimmen, wurde von den darauffolgenden Beobachtern, wie Calori und Alessandrini und besonders von Tiedemans (Zeitschr. f. Physiol., 1824) schon aus dem Grunde aufgenommen, weil das Mark das erste Organ ist, das im Keime auftritt. Und auch Beischoff, der zuvor behauptete, daß die funktionelle Reife des Nervensystems später als in den anderen Organen stattfindet, schloß in den späteren (Preyer, Spezielle Physiol. der Embr., 1885) einen primären Einfluß des Nervensystems nicht aus. Als Gegner dieser Theorie zeigten sich Vulpian, Studiati, Isidor Geoffroy Saint-Hilaire, Vrolick und jüngst Brissaud, der in seinen Vorlesungen über die Metamerie in den Trophoneurosen die Theorie, daß die Monstruositäten von einem krankhaften Zustande des zerebrospinalen Systems abhingen, gänzlich verwarf.

Nach der Ansicht des genialen französischen Neurologen gibt es ursprüngliche Trennung zwischen den Mielomeren und den Dermatomeren, eine vorübergehende Trennung, da später ein Bündnis zwischen diesen und jenen eintritt, die dann die Ernährung

regeln werden. Die von Brissaud angeführten Beweggründe sind unwiderlegbar; in den amielencephalen Monstren, bei denen keine Deformität der Glieder aufzuweisen war, und in den ektromelischen ohne Veränderung des Nervensystems liegt der augenscheinliche Beweis der ontogenetischen Unabhängigkeit der zerebrospinalen Achse und der Embryosegmente. Auch Mathieu Duval leugnet diesen inneren Zusammenhang unter den Organen in der ersten Periode, in der sich die embryonale Form abhebt, in der eben nach seiner Meinung die Monstrosität entstehen würde.

Diese ursprüngliche Autonomie des Nervensystems und der Embryosegmente vorausgesetzt, ist es leicht begreiflich, wie die Entwicklungshemmungen der Glieder ihre pathogenetische Ursache nicht in einer Veränderung des Nervensystems finden können. Und auch wenn in einer fortgeschritteneren Periode des intrauterinen Lebens, wie Brissaud sagt, ein enger Bund zwischen Miomeren und Neuomeren stattgefunden haben wird, wird allerdings ein krankhafter Zustand der zerebrospinalen Achse auf die Ernährung der Segmente störend wirken, nie aber Zerstörung und Schwinden der schon entwickelten Teile bedingen können, weil die Erhaltung letzterer virtuell und von Anfang an dem Eisegmente angeboren ist. Man versteht also, wie eine Veränderung des zentralen Nervensystems zu allen Varietäten von verbildeten Händen und Füßen Anlaß geben, nicht aber, wie daraus ein Fall von Ektro- oder Hemimelie entstehen kann.

Mit solchen Grundprinzipien können wir uns auch den Widerspruch der Befunde in den verschiedenen Fällen angeborener Deformitäten erklären, von welchen Befunden einige in Bezug auf die medulläre Läsion negativ, andere wieder positiv ausgefallen sind — wenn wir bedenken, wie die einen von den verschiedenen obgenannten in den ersten Bildungsperioden wirkenden Ursachen hervorgerufen wurden (Atavismus, amniotischer Druck), während die anderen von fötalen Amputationen herrühren. Und in letzterem Falle muß die der Untätigkeit zu verdankende langsame Atrophie zweifellos die gleiche sein, ob es sich nun um Amputationen bei Erwachsenen oder im fötalen Leben handelt, ja, sie muß sogar in letzterem Falle augenscheinlicher sein, weil es sich um Gewebe handelt, in denen die Rückbildungs- und Entwicklungsprozesse sehr ausgesprochen sind, und um für die trophische Tätigkeit wenig erzeugte junge Zellen.

Aus diesen Forschungen über die Geschichte der organischen Abweichungen und aus den Studien über die Pathogenese läßt sich begreifen, wie es im besonderen Falle sehr schwer sein muß, sich für eine der verschiedenen aufgestellten Theorien zu entscheiden. Uns fehlt außerdem der pathologisch-anatomische Beweis, der die Idee einer möglichen Veränderung des Nervensystems bekräftigen soll. Gewiß können wir ausschließen, daß die morphologische Anomalie in unserem Falle die äußere Erscheinung einer allgemeinen, tiefen Störung sei, die die Entwicklung nach dem normalen Typus verhindert hat, wie man bei den Irrsinnigen, Epileptikern

und Degenerierten bemerken kann, da man keinerlei Zeichen der Degeneration, weder somatische noch psychische, entdeckt hat. Resultatlos blieben auch unsere Nachforschungen, um festzustellen, ob es sich etwa um eventuelles Auftreten eines erblichen Merkmales handeln könnte.

Das können wir mit Sicherheit annehmen, daß die Hemimelie beim Mädchen Rovai nicht als Folge einer fötalen Amputation betrachtet werden darf, sondern auf eine Entwicklungshemmung des Gliedes zurückzuführen ist, in einem Augenblicke, in dem es noch keine Differenzierung der anatomischen Elemente gab; und das gestützt auf die physischen Merkmale des Stumpfes selbst. Worin die Ursache des abnormen Druckes zu suchen ist, der, auf das distale Segment des thorazischen Keimknochens wirkend, die weitere Entwicklung verhindert hat, bleibt völlig im Dunkeln.

Drittes Sammelreferat über die Arbeiten aus der Milchchemie.

Von R. W. Raudnitz (Prag).

Aust. Die gesundheitlichen Gefahren der Milchversorgung etc. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspf. XXXV. 727. 1903.

F. A. Bainbridge. Proc. Roy. Soc. LXXII. 35. 1903.

A. Barillé. Phosphates de calcium. Action de l'acide carbonique. Th. Pharm. Paris 1903.

— De l'action de l'acide carbonique sous pression s. l. phosphates metalliques. C. r. CXXXVII. 566. 1903.

R. Bassenge. D. med. W. 1903. Nr. 38, 39.

H. Bayer. Ueber die plasteinogene Substanz. Hofm. Beitr. IV. 554. 1903.

Beau. Physikalische Konstitution der Milchkügelchen. Rev. gén. lait. 1903. Nr. 15—19.

E. v. Behring. Phthisiogenese und Tuberkulosebekämpfung. D. med. W. 1904. Nr. 6.

S. D. Belcher. Clean milk. Mit 24 Bildern. New-York 1903, Hardy Publishing Comp. — 1 Dollar.

L. A. G. Benoit. Contrib. à l'ét. de ferments solubles du lait de femme. Th. Montpellier 1903.

P. Buttenberg. Ueber homogenisierte Milch. Ztschr. f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 964. 1903.

Dieudonné. Ueber das Verhalten der Zitronensäure in der Milch beim Erhitzen. D. med. W. 1904, Nr. 5. Vereinsber. S. 191.

Fabre. De la reaction d'Umkoff. Bull. de la soc. méd. d'hôp. de Lyon. 1903. pag. 205. L'Obstétrique. VIII. 336. 1903.

W. Falta. Zur Klinik des Diabetes mellitus. Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1903. Nr. 22.

Fr. Fede und G. Finizio. Contrib. alla biologia delle caseine. Pediatria. 1903. Nr. 1.

G. Fingerling. Einfluß von Reizstoffen auf die Milchsekretion. Journ. f. Landw. LI. 3. H. 1903.

E. Fischer und E. Abderhalden. Ueber die Verdauung des Kaseins durch Pepsinsalzsäure und Pankreasfermente. Ztschr. f. physiol. Ch. XL. 215. 1903.

J. K. Friedjung und A. F. Hecht. Ueber Katalyse und Fermentwirkungen der Milch. Arch. f. Kinderh. XXXVII. 177. 346.

E. Fouard. Ann. chim. appl. VIII. 208. 1903.

N. Gerber und P. Wieske. Rev. gén. de lait. II. 169. 1903.

- S. Gogitidse. Vom Uebergang des Nahrungsfettes in die Milch. Ztschr. f. Biol. XLV. 353. 1904.
- A. Gürber und B. Hallauer. Ueber Eiweißausscheidung durch die Galle. Ztschr. f. Biol. XLV. 372. 1904.
- J. van Haarst (1). Einige Betrachtungen über Milchuntersuchungen. Ztschr. f. angew. Ch. XVI. 773. 1903.
- (2). Ueber den Gebrauch des Amylalkohols bei der Fettbestimmung in der Milch nach Gerber. Ebd. 451.
- F. C. Harrison und M. Cumming. The bacterial flora of freshly drawn milk. Journ. appl. micros. and Lab. meth. V. 11, 12. VI. 1, 2.
- P. B. Hawk. Influence of rennin upon the digestion of the proteid constituents of milk. Am. J. of physiol. VI. 37. 1903.
- L. J. Henderson. The physical chemistry of milk. Journ. of med. research. X. 127. 1903.
- R. O. Herzog. Ztschr. f. physiol. Ch. XXXIX. 305. 1903.
- J. L. Hills. Feeding trials with cows. Vermont Stat. Rep. 1901. Exp. Stat. Rec. XIV. 78. 1903.
- C. O. Jensen. Grundriß der Milchkunde und Milchhygiene. Stuttgart 1903. F. Enke, Mk. 4.80.
- Jeß. Grundsätze für die Gewinnung von Kinder- und Kurmilch. Berl. tierärztl. W. 1903. Nr. 42.
- Kalle & Co. D. R.-P. Nr. 146.947. 1. Dezember 1903.
- J. Korschmann. Ueber spontanes Milchgeben bei einer neugeborenen Ziege. Tierärztl. Zentralbl. 1903. Nr. 31.
- Kruse. Das Verhältnis der Milchsäurebakterien zum Streptococcus lanceol. Zentralbl. f. Bakt. XXXIV. 738. 1903.
- M. Kumagawa und K. Suto. Hofm. Beitr. IV. 185. 1903.
- Ledé. Analyse rapide du lait au domicile des nourrissons. Soc. de méd. publ. 25. Februar 1903. Progrès medic. I. S. 168.
- J. B. Lindsley et alii. Effect of feed on the composition of milk etc. Massach. Sta. Rep. 1901. pag. 162. Exp. Stat. Rec. XIV. 183. 1903.
- A. S. Loevenhart. Ueber die Gerinnung der Milch. Ztschr. f. physiol. Chemie XLI. 177. 1904.
- Loock. Neues Verfahren zur Herstellung von Säuglingsmilch. Zeitschrift f. öffentl. Ch. IX. 385. 1903.
- E. Maragliano. Riforma medica 1903. Nr. 43.
- G. Marpmann. Milchztg. XXXII. 1903. Nr. 41.
- Mauderer. D. tierärztl. W. 1902. Nr. 39, 40.
- G. Mallié. Rev. gén. de lait. II. Nr. 4—9.
- L. Nencki und Th. Pódczaski. Zur Kryoskopie der Milch. Zeitschrift f. Unters. d. Nahrungsm. VI. 1139. 1903.
- A. Nürnberg. Ueber die koagulierende Wirkung autolytischer Organextrakte auf Albumosenlösungen und Milch. Hofmeisters Beiträge IV. 543. 1903.
- v. Ohlen. Was hat uns die Hamburger Ausstellung für hygienische Milchverwertung bezüglich der Kindermilch gelehrt? Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. XXXV. 747. 1903.
- C. Oppenheimer und H. Aron. Hofmeisters Beiträge. IV. 278. 1903.
- Th. B. Osborne und J. F. Harris. Nitrogen in protein bodies. Journ. am. chem. soc. XXV. 323. 1903.
- Ostertag. Die sanitätspolizeiliche Regelung des Milchverkehrs. Ztschr. f. Fleisch- und Milchhyg. XIV. 1—2. 1903.
- Parmentier. Acad. de méd. 31. März 1903.
- Vinc. Petitti. Il valore nutritivo della dieta latte a seconda del modo di somministrarla. Policlinico X. 1903.
- E. Pfeiffer. Die allgemeine Ausstellung für hygienische Milchversorgung in Hamburg. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. XXXV. 585. 1903.
- R. Popper. Ueber die Wirkung des Kochens auf die Eiweißstoffe der Kuhmilch. Jhb. f. Kinderh. LIX. 113. 1904.

- Ch. Porcher (1). Sur le sucre du lait de bufflesse. Bull. soc. chim. (3). XXIX. 828. 1903.
- (2). De la lactosurie chez les femelles pleines au moment du part. Bull. soc. centr. méd. vét. 24. Juli 1902.
- De la lactos. chez les femmes en état de lactation. Ebd. 13. November 1902.
- Contrib. à l'étude de la lactos. Urologie de la fièvre vitulaire. Ebd. 30. September 1903.
- Holger Prip. Hospitalstidende. 1903. Nr. 28.
- G. Ringeling. Milchztg. 1903. Nr. 52.
- L. Ripper. Eine rasche Methode zur Erkennung der Milch von kranken Tieren. W. landw. Ztg. 1903. Milchztg. XXXII. 39. 1903.
- W. Rullmann. Ueber die Abtötung von Tuberkelbazillen in erhitster Milch. Münch. med. W. 1903. Nr. 31.
- Alb. Scala. Ann. d'igiene sperim. 1902. S. 145.
- Fr. Schardinger. Ueber thermophile Bakterien etc. Ztschr. für Unters. d. Nahrungsm. VI. 865. 1903.
- Ferd. Schenk. Untersuchungen über das biologische Verh. . . . und über Schutzstoffe der normalen Milch. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. XIX. 1903.
- A. Schloßmann und E. Moro. Ztschr. f. Biol. XLV. 261. 1903.
- Max Seiffert. Die Versorgung der großen Städte mit Kindermilch. Leipzig. Adolf Weigel. I. Teil. Mk. 6.—.
- H. C. Sherman. On the composition of cows milk. Journ. am. chem. soc. XXV. 132. 1903.
- M. Siegfeld (1). Ueber den Gebrauch des Amylalkohols bei der Milchl fettbestimmung. Ztschr. f. angew. Ch. XVI. H. 51. 1903.
- (2). Untersuchungen über die Gerbersche Methode etc. Hildesh. Molkereiztg. 1903. Nr. 51, 52.
- B. Sjöllerna. Proc. Soc. Sc. Koninkl. Akad. Wetensch. Amsterdam. IV. pag. 736.
- L. L. van Slyke und E. B. Hart. Methods for the estimation of the proteolytic compounds contained in cheese and milk. Am. chem. Journ. XXIX. 150. 1903.
- L. L. van Slyke, H. A. Harding und E. B. Hart. Rennet Enzyme as a cause of chemical changes in the proteids of milk and cheese. Journ. am. chem. soc. XXV. 1243. 1903.
- B. H. Smith. The estimation of formaldehyde in milk. Journ. am. chem. soc. XXV. 1036. 1903.
- A. M. Soule und S. E. Bearnes. The relative value of protein in cotton-seed meal etc. Tennessee Sta. Bull. XV. 143. Exp. Stat. Rec. XIV. 605. 1903.
- F. v. Soxhlet. Kuhmilch als Säuglingsnahrung. Münch. med. W. 1903. Nr. 47.
- Hygiene der Milchversorgung. Südd. Monatsh. I. 116.
- B. Sperk. Ueber Milchgewinnung und Milchversorgung. Jahrbuch f. Kinderh. LIX. 87. 1904.
- R. Steinegger. Neues Verfahren zum Nachweis von Ziegenmilch in Kuhmilch. Landw. Jahrb. d. Schweiz. 1903.
- J. Stoklasa. Die glykolytischen Enzyme im tierischen Gewebe. Dtsch. med. W. 1904. Nr. 6.
- K. Storch. Die chemische Reaktion der Milch unserer Haustiere. Tierärztl. Zentralbl. 1903. Nr. 6, 7.
- H. Tissier und P. Gasching. Rech. s. l. fermentation de lait. Ann. Inst. Past. XVII. 540. 1903.
- Tjaden. Abtötung der pathogenen Keime in der Molkereimilch durch Erhitzung ohne Schädigung der Milch und Milchprodukte. D. med. Wochenschr. 1903. Nr. 51.
- L. M. Tolman und J. S. Munson. Jodine absorption of oils and fats. Journ. am. chem. soc. XXV. 244. 1903.
- M. Toyonaga. Bull. Coll. Agric. Tokyo. V. 455.

A. Trunz (1). Ztschr. f. physiol. Ch. XXXIX. 390. 1903.

— (2). Ueber die mineralischen Bestandteile der Kuhmilch und ihre Schwankungen im Verlaufe einer Laktationsperiode. Ztschr. f. physiol. Ch. XL. 263. 1903.

Frank P. Underhill. On the physiological action of the proteoses. Am. Journ. of physiol. V. 345. 1903.

Utz (1) Milchztg. XXXII. 40. 1903.

— (2). Ebd. Nr. 38, 46.

— (3). Ebd. S. 676.

van de Velde und de Landtsheer. Les ferments du lait. Arch. de méd. des enf. VI. Nr. 7. 1903.

Franz Volhard. Ueber eine neue Methode der quantitativen Pepsinbestimmung etc. Münch. med. W. 1903. Nr. 49.

E. Weill und V. Thevenet. Des éléments figurés du colostrum et du lait chez la femme. Arch. de méd. des enf. VI. 1903. Nr. 8.

W. P. Wheeler. The immediate effect on milk production of changes in the ration. N. J. state Sta. Bull. 210. pag. 373. Exp. Stat. Rec. XIV. 77. 1903.

Wolff. Milchprüfungen mittels der Säuretitrierung nach Plaut. Hyg. Rdschau. XIII. 1217. 1903.

Von allgemeinen Schriften liegt uns der für Tierärzte bestimmte Grundriß von C. O. Jensen vor, welcher eine zu erkleckliche Anzahl von Irrtümern aufweist, um bedingungslos empfohlen zu werden.

C. Knoch: Die Magermilchverwertung in den Molkereien (Leipzig 1903 M. Heinsius — Mk. 4.—) hat nur für solche Aerzte Bedeutung, welche sich an der Einrichtung von Molkereien beteiligen.

Aus dem so großes Aufsehen erregenden Vortrage v. Behrings seien hier seine ganz eigenartigen aber vorläufig unbegründeten Anschauungen über die Milchbildung angeführt. Das Milchfett soll aus dem Fettgewebe der Drüse abstammen und in das Lumen der Elementardrüse wahrscheinlich durch kleinste interzelluläre Gänge transportiert werden. Das Kasein ist ein Produkt der Einwirkung kolloidal gelöster Zellsubstanz auf hämatogene Eiweißkörper. — Basch (1898) meint bekanntlich der Nukleinsäure der Drüsenzellen auf das Blutserum, — dagegen ist die von Behring als richtig angezogene Behauptung Kemmerichs (1869) von der Zunahme des Kaseins in der gemolkenen Milch falsch.

Eiweißkörper.

Auch grob chemisch scheinen sich die Eiweißkörper oder vielleicht die Kaseine zweier so nah verwandten und gleich zusammengesetzten Milcharten zu unterscheiden, wie es Kuh- und Ziegenmilch sind. Versetzt man nach R. Steinegger 20 cm³ Ziegenmilch mit 2 cm³ 24%igen Ammoniak, so fallen bei 40° innerhalb einer Viertelstunde Gerinnsel aus, während bei Verwendung von Kuhmilch die Eiweißkörper derselben vollkommen in Lösung gehen. Die Gerinnsel entstehen anscheinend auf Kosten des Kaseins. Wenigstens verteilt sich in zwei Proben, von denen die eine zuerst mit Ammoniak behandelt und der Niederschlag ammonfrei gewaschen wurde, während die zweite nicht mit Ammoniak behandelt worden war, der Stickstoff in folgender Weise:

	I	II
Ammoniakfällung	0.82%	
Essigsäurefällung	2.84%	3.38%
Kochfällung im Filtrat	0.45%	0.52%.

Man kann nach Steinegger auf diese Weise einen Zusatz von etwa 10% Ziegenmilch zur Kuhmilch erkennen. Die Sache ist um so interessanter, als die Alkalifällungen der Milch überhaupt noch nicht genau untersucht worden sind. (Zuerst Klunk 1863.) Es sei zugleich auf Scalas Mitteilungen hingewiesen, welcher angibt, daß sich Kuhkasein dadurch von Ziegen-, Frauen- und Schafkasein unterscheide, daß ersteres durch Kalbstrypsin rascher verdaut werde als letztere.

Kalle & Co. erzeugen wie aus anderen Eiweißkörpern so auch aus Kasein durch Erhitzen mit Schwefelalkalien ein schwefelreiches Produkt mit 3 bis 5.5% S.

Osborne-Harris bestimmten die Verteilung des N im Kuhkasein wie folgt: Ammoniak-N 1.58 bis 1.65, basischer N 3.46 bis 3.53.

Fischer-Abderhalden haben die α -Pyrrolidinkarbolsäure auch ohne Behandlung mit warmen Säuren aus den Verdauungsprodukten des Kaseins dargestellt.

Loevenhart hat die Gerinnungserscheinungen der Milch aufs Neue studiert. Was zuerst die Salzfüllungen betrifft, so bewirkt Chlorkalzium nur bei einem gewissen Optimum Ausfällung, während oberhalb und unterhalb desselben keine auftritt. (Ich habe auf diese Erscheinung im 2. Referate rücksichtlich des Parakaseins hingewiesen und sie auch beim Kasein gefunden. Es handelt sich wohl um dieselben Gleichgewichtsverhältnisse, wie sie von den Kupferalbuminaten bekannt sind, und neuestens von Galeotti Ztschr. physiol. Chemie XL 492, 1904, eingehend studiert wurden.) Aus dem Umstande, daß gekochte Milch nach Chlorkalziumzusatz bei 40° früher koaguliert als rohe, was schon Conradi (1901) gefunden hatte, schließt Loevenhart, daß die Milch kein Labferment enthalten könne. Der Schluß ist irrig. Ich habe (Ergebn. d. Physiol. II) für die Conradi'sche Beobachtung die Möglichkeit einer anderen Deutung erörtert. Wie Kalziumsalze wirken, wobei die Intensität der Wirkung mit dem Atomgewichte zunimmt, jene von Li, Be, Mg, Sr, Ba und wiederum mit größerer Intensität als Chlorkalzium FeCl_2 , CoCl_2 , NiCl_2 , MnCl_2 . Auch hier wiederholt sich die Erscheinung des Konzentrationsoptimums. Alkalizusatz fördert diese Art Gerinnung, noch mehr, wenn die Milch zuerst mit dem Alkali gekocht wird. (Auch diese Erscheinung habe ich in der Weise erklärt, daß durch das Ausfallen gesättigter Kalkphosphate, mit welchen CaCl_2 nicht mehr reagiert, die Salzwirkung des letzteren vollständiger zum Ausdrucke kommt.) Um Parakasein mit Kasein zu vergleichen, hat er gelabte Milch und Milch in gleicher

Weise behandelt. So findet er, daß nicht bloß CaCl_2 und die oben genannten Salze, sondern auch Ammoniumsulfat und Alkohol Parakasein leichter fälle als Kasein. Es gilt dies aber nach meinen Beobachtungen für den Parakaseinkalk, wie er in gelabter Milch enthalten ist, nicht für Parakaseinalkali, das durch Ammoniumsulfat schwerer gefällt wird als Kaseinalkali. Auch soll nach Loevenhart für Parakasein(kalk) ein Optimum bei der Ammoniumsulfatfällung statthaben, über welches hinaus die Fällung verlangsamt wird. Zur Ausfällung braucht Parakasein (in Wirklichkeit gelabte Milch) weniger Säure als ungelabte Milch. Es beruht dies offenbar auf der von mir gefundenen stärkeren Azidität des Parakaseins. Für aschehaltige und auch sonst ganz ungenügend gereinigte Kasein- und Parakaseinpräparate findet er beinahe gleichen Stickstoff- und Phosphorgehalt, wie ich das für vollkommen reine angegeben habe. Aus alldem schließt Loevenhart, daß das Parakasein in Lösung in einem höheren kolloidalen Zustand und also weiter entfernt vom Bereich der wahren Lösungen als das Kasein existiert. Ob sich Loevenhart unter dem „höheren Grade der Assoziation“ eine Polymerisation vorstellt, bleibt unklar. Bewiesen hat er es jedenfalls nicht. Setzt man zu Milch Ammoniumoxalat, Natrium- oder Kaliumfluoride, Kaliumzitrat — also kalkfällende Salze — und nachher CaCl_2 zu, so entsteht ein grobes Gerinnsel, u. zw. muß das erste Salz eine gewisse Zeit, z. B. $0.5n/_{10}$ Ammoniumoxalat auf 2.5 Milch mindestens 1 Minute eingewirkt haben. Bei umgekehrter Reihenfolge ist das nicht der Fall. Wie CaCl_2 wirken auf die entkalkte Milch auch SrCl_2 , BaCl_2 , MnCl_2 , FeCl_2 , CoCl_2 , NiCl_2 , nicht aber LiCl_2 und MgCl_2 . Werden MnCl_2 oder NiCl_2 sofort mit dem Oxalat gemischt und nun der Milch zugesetzt, so erfolgt keine Fällung. Eine Kaseinkalziumphosphatlösung zeigt das gleiche Verhalten gegen Ammoniumoxalat und CaCl_2 . Loevenhart schließt, daß es für die Fällung notwendig sei, daß das Kasein mit einem einwertigen Metalle ein Salz bilde, welches durch die Salze der zweiten Gruppe (CaCl_2 , SrCl_2 usw.) gefällt werde. Es folgt das aus meinen Beobachtungen über die Fällungsgrenzen des Parakaseinalkalis.

Was die Kochgerinnung säuernder Milch betrifft, so schließt Loevenhart mit Recht, daß auch hiezu die Kalksalze notwendig sind. Auch ich (Ergebnisse) habe angedeutet, daß zur Gerinnung saurer Kaseinkalklösungen beim Erhitzen wahrscheinlich die Anwesenheit anderer Salze erforderlich ist. — Gibt man zu frischer Milch Parakaseinlösung (ob Alkali oder Kalksalz, wird nicht gesagt), so findet keine Fällung statt, wohl aber, wenn man nun etwas CaCl_2 zusetzt. Daraus schließt Loevenhart, daß die Kalziumsalze der Milch nicht an und für sich die Fähigkeit haben, Parakasein zu fällen, sondern daß das Lab erst die Kalksalze „frei macht“. Die Metakaseinreaktion scheint Loevenhart so aufzufassen, daß zwar das Kasein schon in Parakasein verwandelt worden ist, aber die Kalksalze noch nicht vollkommen „frei gemacht“ sind. Aus dem Umstande, daß Käse und das CaCl_2 -Koagulum der Milch (bei 60° gewonnen) in 0.02% Sodalösung

sehr wenig, in n_{100} Ammoniumoxalat leicht löslich sind, schließt er, daß beide identisch sein können. Endlich sucht sich Loevenhart mit Fuld auseinanderzusetzen, welcher (s. 1. Referat) die Metakaseinreaktion so auffaßte, daß der Kaseinkalk den Parakaseinkalk anfangs in Lösung hält. Was Loevenhart an Versuchen vorbringt, kann Fuld's Anschauung nicht erschüttern. Auch folgendem Experimente gibt Loevenhart eine sehr gezwungene Deutung. Mit dem doppelten Volum Wasser verdünnte Milch wird in gleiche Teile A und B geteilt. A wird mit rohem, B mit gekochtem Lab versetzt. Nach einstündigem Stehen bei 40° gibt eine Probe von A Metakaseinreaktion und wird durch CaCl_2 gefällt. A und B kommen nun auf 90 Minuten ins Wasserbad von 90°. Jetzt geben beide keine Metakaseinreaktion und werden durch CaCl_2 erst beim Erhitzen gefällt. Loevenhart meint, es sei das Parakasein wieder in Kasein verwandelt worden, obzwar nachträglicher Zusatz von Lab wohl in B aber nicht in A zur Metakaseinreaktion führte. Viel naheliegender ist doch die Umwandlung des Parakaseins in Kaseosen, wie dies Roberts (1881) deutete.

Fette.

Tolmann-Munson verglichen an verschiedenen Fetten die Jodzahl, wie sie nach den Methoden von Hübl, Wijs (Jodine chlorid in Eisessig), Hanus (Jodine bromid in Eisessig) erhalten wird. Sie fanden für Butter nach Hübl 35.3, Wijs 36.2, Hanus 35.3.

Gogitidse hat Leinöl an drei Schafe und eine Hündin verfüttert. Bereits nach 24 Stunden stieg die Jodzahl des Milchfettes, um nach Aussetzen der Fütterung ganz allmählich zur Norm zurückzukehren. Ein Drittel und mehr des Milchfettes war auf Leinölbestandteile zu beziehen. Bei Zufuhr mit Sudan gefärbten Schweineschmalzes war das Butterfett nach 2 Tagen rosa gefärbt. Damit ist einerseits der direkte, anderseits der allmähliche Uebergang der Fette aus den Fettdepots erwiesen. Die schädigende Wirkung der Leinölfütterung auf die Milchsekretion machte sich, wie in den Versuchen von Ssubbotin (1866), Lebedew, Albert, geltend.

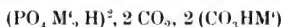
Kohlehydrate.

Porcher (1) hat die Angaben Pappel-Richmonds über das angebliche Vorhandensein einer besonderen Zuckerart in der Büffelmilch, Tjufikose (s. II. Ref.) nachgeprüft und gefunden, daß es sich nur um gewöhnlichen Milchzucker handle. Derselbe (2) hat das bekanntlich zuerst von F. Hofmeister (1877) sichergestellte Auftreten von Milchzucker im Harn bei Milchstauung nunmehr auch bei Kühen, u. zw. vor dem Partus (sechs Tage), bei unterbrochenem Melken und beim Kälberfieber nachgewiesen. In letzterem Falle fand sich daneben zuweilen Traubenzucker. Laktose wurde bis 40 g pro Liter Harn gefunden.

In Berichtigung einer früheren Angabe (s. II. Ref.) teilt Utz (1) mit, daß die nach Carlson (Pharm. Zentralh. 1903, S. 133) abgeänderte Seliwanoffsche Probe mit 50 mg Resorzin, 0.5 cm³ (25%) Salzsäure, 10 cm³ Milch Rotfärbung nur bei Gegenwart von Rohrzucker eintritt.

Salze.

Mit Rücksicht auf Szekelys Kaseinausfällung durch Kohlensäure bei erhöhtem Drucke und 40° sind Barilles Arbeiten von theoretischem Interesse. Er zeigte, daß sich die dreibasischen Phosphate von K, Na, NH₄, Ca, Ba, Mg durch CO₂ bei erhöhtem Drucke in Karbonophosphate von der allgemeinen Formel



verwandeln, welche sich bei Zutritt von Luft rasch dissoziieren zu 2 (PO₄M'₂H) und 2 (CO₂HM') + 2 CO₂. Die zweibasischen Phosphate dieser Metalle geben unter diesen Bedingungen die Verbindungen (PO₄HM'₂) 2 CO₂, welche sich bei Aufhören des Ueberdruckes zu zweibasischen Phosphaten regenerieren.

Den Chlorgehalt der Kuhmilch bestimmte Henderson zu 0.095%, eine Zahl, welche mit der von Söldner angegebenen und seither, wie ich einer brieflichen Mitteilung entnehme, von ihm wiederholt bestätigten übereinstimmt, während bekanntlich Walter Freund (1898) die höheren Zahlen Bunes betonte und bei Söldner einen Analysenfehler vermutete.

Trunz (2) hat bei zwei Kühen die Veränderungen der Aschenbestandteile während der Laktation verfolgt. Kalium steigt in der Asche bis etwa zum zweiten Monat, sinkt dann langsam. Natrium zeigt das umgekehrte Verhalten. Kalk und Magnesia bleiben ziemlich gleich, ebenso Chlor. P₂O₅ fällt erst, steigt dann an.

Teilt man die Zeit der Laktation in drei Perioden zu drei, bei Kuh II zu vier Monaten, so war in 1 kg Milch enthalten.

	Kuh I				Kuh II			
	Kolostr.	Period. I	II	III	Kolostr.	I	II	III
K ₂ O	1.714	1.680	1.664	1.458	1.760	1.820	1.869	1.654
Na ₂ O	0.535	0.368	0.353	0.477	0.507	0.405	0.488	0.880
CaO	2.082	1.679	1.693	2.235	1.808	1.659	1.801	1.880
davon nicht an Kasein gebunden:								
	1.597	1.342	1.311	1.674	1.344	1.577	1.451	1.392
MgO	0.261	0.186	0.184	0.267	0.281	0.197	0.206	0.248
Fe ₂ O ₃	0.034	0.024	0.029	0.028	0.016	0.017	0.017	0.021
Cl	0.848	0.750	0.702	0.957	1.003	0.992	1.328	1.688
P ₂ O ₅	2.367	1.901	2.000	2.160	2.393	2.039	2.102	2.150
" "	1.774	1.471	1.519	1.528	1.812	1.621	1.664	1.582
anorganisch.								

Toyonaga fand in der Trockensubstanz der Milchdrüse von der Kuh 0.2517% CaO und 0.0639% MgO.

Dieudonné hat das von Corlette (1900) vermutete Unlöslichwerden der Zitronensäure beim Kochen analytisch nachgewiesen. Die Kuhmilch enthält 1·22 bis 2·08 g pro Liter. Durch 5 Minuten langes Kochen bei 100° nahm dieselbe um 24 bis 32% ab, durch 15minütliches bei 75° nur um 3 bis 4%.

Fermente.

Benoit hat bis auf Superoxydase und Lab das Vorkommen aller in der Milch bekannten Fermente nachgeprüft. Als neu sind aus seiner Arbeit hervorzuheben: Proteolytische Fermente konnte er in der Frauenmilch weder mit der Gelatinemethode, noch nach Fällung mit Ammonsulfat in der Kochhitze durch Biuret nachweisen. Die sogenannte Salolase geht nicht in den Alkoholniederschlag, sie wird nicht durch fünfminütliches Aufkochen, sondern erst durch 15minütliches bei 115° vollständig zerstört. Invertase findet sich nicht in Frauenmilch. Glykolytisches wurde auch durch Titration mit Fehling nachgewiesen, aber bakterielle Zersetzung war dabei nicht ausgeschlossen. Eselsmilch enthielt kein Fibrinferment für Hydrokeleflüssigkeit.

Superoxydase. Mit anerkennenswerter Ausdauer haben Friedjung und Hecht so ziemlich alle in der Milch enthaltenen Fermente in ihren Beziehungen zur Superoxydase untersucht. Sie verwendeten zu diesen Zwecke ein Katalyseometer, d. h. ein nach Art der Gärungsröhrchen gebautes Gefäß, von denen sich ihr Präzisionsapparat nur dadurch unterschied, daß er die Einstellung aufs Niveau gestattete. Die Fehler ihrer Methode liegen aber meines Erachtens weit weniger im Apparat als in den übrigen Bedingungen. Der Apparat hat nur den Fehler, daß er meiner Vermutung nach während der ersten Sekunden, wo die Reaktion am raschesten vor sich geht, nicht bereits geschlossen ist. Weit wichtiger ist, daß sie nur nach fünf Minuten abgelesen haben. Das ist, wie mich eigene Versuche (Zentralbl. f. inn. Med. 1903, Nr. 46) lehrten, freilich bei Blut gestattet, welches noch in 500facher Verdünnung das H_2O_2 sehr rasch zersetzt, aber nicht bei Milch. Obzwar ich seinerzeit (Ztschr. f. Biol. XLII) 40 cm³ Milch auf 5 cm³ H_2O_2 wirken ließ, war bei Rhodanzusatz nach zehn Minuten nur ein Unterschied von 0·3 cm³ Sauerstoff nachzuweisen, während nach einer Stunde bloße Milch 7, jene mit Rhodanat 3·9 cm³ Sauerstoff entwickelt hatte. Dabei verwendeten Friedjung und Hecht 1 cm³ Milch auf 12 cm³ H_2O_2 , arbeiteten also mit einer weit geringeren Konzentration der Superoxydase, wodurch die Geschwindigkeit der Reaktion noch abnimmt. Sie schüttelten auch die Mischungen nicht, achteten nicht auf jedesmal gleiche Konzentration des H_2O_2 , auf Gleichhalten der Temperatur, der Reaktion, auf Reinheit der Apparate (Ausdämpfen).

Alle diese Bedingungen sind vom größten Einflusse bei Untersuchungen über katalytische Vorgänge. Weil sie sich aber mit fünf Minuten Versuchsdauer begnügten, konnten sie zu dem Schlusse

gelangen, daß alle diese Faktoren ohne Bedeutung seien. In Wahrheit wäre zu diesen Untersuchungen nur die jodometrische Titration des unzersetzten H_2O_2 zu verwenden gewesen, wie ich sie seinerzeit gleichfalls versuchte, aber weil ich mit Rhodanaten arbeitete, nicht brauchen konnte.

Jolles (s. II. Ref.) hat sie angewendet, titriert aber nach meinen Erfahrungen zu früh. Nach sechs Stunden — Chemiker titrieren meist nach zwölf — ist die Titration erst verläßlich. Ich muß also zu den meisten Ergebnissen Friedjungs und Hechts ein Fragezeichen zusetzen. Sichergestellt scheint mir trotz alledem der höchst bemerkenswerte Befund, daß Rahm stärker spaltet als Magermilch, sei es, daß es sich hier um eine Oberflächenwirkung, oder um eine solche jener Stoffe handelt, welche neben dem Fette reichlicher im Rahme vorhanden sind (wie Lezithalbumine, Laktomuzin?). Eine gewisse quantitative Beziehung nehmen Friedjung und Hecht zu der Menge an Amylase und Salolase(?), sowie zu den Peroxydasen an. (Nach einer Bemerkung hat ihnen Hexenmilch Guajakolwasser auch ohne H_2O_2 oxydiert, was ich und Andere bei Milch nie beobachteten.)

Kolostrum spaltet wegen des Reichtums an Leukosuperoxydase natürlich stärker, ebenso Milch mit mehr weniger kolostralen Eigenschaften. Klinisch ist das Ergebnis Null. Man wird solche Milch immer noch leichter durch das Mikroskop erkennen, als durch ihren Gehalt an Superoxydase oder Peroxydase.

Peroxydasen. Zuerst sei einer Arbeit Mauderers gedacht, welche ich bei Abfassung meines ersten Referates nicht erhalten konnte. Er verglich behufs Nachweises der rohen Milch die Paraphenylendiaminreaktionen nach Storch-Freemann (Berl. tierärztl. W. 1899, Nr. 38), nach Schaffer (Pharmaz. Ztg. 1900, Nr. 36) und die Arnoldsche Guajakprobe. Die Schaffersche Probe (10 Milch, 1 Tropfen 0.2% H_2O_2 , Paraphenylendiamin) erwies sich am überlegensten und wies noch 5% roher Milch neben gekochter Milch nach.

Utz (2) versuchte 5% alkoholische Guajakollösung, welche die gleiche Wirkungsgrenze besitzt, wie die Schaffersche Probe, dann Guajazin, ein Guajakholzpräparat.

Hier führt er eine Beobachtung an, die theoretisch von Bedeutung wäre. Die Guajazinlösung wirkt genau so wie eine Lösung aus frischem Guajakharz erst, nachdem sie einige Zeit gestanden hat, sich also nach allgemeiner Annahme ein Peroxyd in ihr gebildet hat, das durch Hydroperoxyd ersetzt werden kann.

Letzteres soll beim Guajazin nicht der Fall sein. (? Ref.)

Endlich hat Utz Phenolphthalein + H_2O_2 versucht, das aber zur Erkennung roher Milch nicht geeignet sei, weil die Reaktion erst in der Wärme zustande kommt.

Amylase. Van de Velde und de Landtsheer konnten Spolverinis (I. Ref.) Angabe, daß bei Verfütterung von Diastase an Kühe dieselbe in die Milch übergehe, nicht bestätigen.

Stoklasa will in Kuhmilch ein Laktose zersetzendes Ferment gefunden haben.

Alexine.

Schenk fand in der Milch von Frau, Ziege und Kuh Antistaphylolysin und Antivibriolysin, während letzteres im Serum nicht enthalten war. Dasselbe stammt, wie ein Versuch mit einer Kuhmilchdrüse lehrte, aus dieser. Die Antihämolysine werden bei der Ziege durch die Säugung übertragen. Auch Bakteriozidie der Frauenmilch gegenüber dem Typhusbazillus, in geringerem Maße gegen *B. coli*, Staphylokokkus und Cholera, vermochte er nachzuweisen.

Die Milch normaler Frauen enthält häufig (16mal von 28) Hämagglutinine für Kaninchenerythrozyten, u. zw. ist der Gehalt in kolostrumhaltiger Milch deutlich größer. Isoagglutinine, d. h. Agglutinine für Menschenblut wurden in 485 reifen Milchproben und in 83 Kolostrumproben gesucht. Die erstere enthielt sie in 10%, die letztere in 57% der Fälle. Die Milch von Frauen, welche infektiöse oder konstitutionelle Erkrankungen durchgemacht haben, agglutiniert ebenso, wie das Serum solcher Frauen häufig Erythrozyten anderer Individuen, besonders solcher, die gleichfalls eine derartige Krankheit überstanden haben.

Maragliano hat speziell den Uebergang von Tuberkulose-Agglutininen in die Milch nachgewiesen.

Physikalisches, Reaktion.

Die Aufsätze von Beau, Nencki und Podczaski, K. Storch enthalten nichts neues.

Henderson findet für zentrifugierte Kuhmilch $\Delta = 0.563^\circ$, $\lambda 18^\circ = 48.5$.

Ripper teilt mit, daß der Brechungsexponent des Milchserums kranker Kühe und Frauen subnormal sei. Normal ist derselbe bei Kühen 1.3430 bis 1.3442 bei 15°C , bei Frauen 1.3477 bis 1.3480. Dagegen bei tuberkulösen Kühen (96 Fälle) 1.3410 bis 1.3427, bei Maul- und Klauenseuche (3 Fälle) 1.3418 bis 1.3420, bei fiebernden Kühen (15 Fälle) 1.3415 bis 1.342, bei einer puerperal erkrankten Frau mit Endometritis 1.3463.

Das letztere hatte schon Valentin (1874) beobachtet.

Die Ursache liegt wohl in einer Abnahme des Zuckers und des Albumins. Verdünnung der Milch setzt natürlich den Brechungsexponenten auch herab. Das Serum wird derart gewonnen, daß 10 cm³ Milch mit 0.2 cm³ 20%ige Essigsäure durch 10' bei 65° erhitzt, abgekühlt und filtriert werden. Ein Tropfen des Filtrates genügt zur Bestimmung. Jedenfalls eine rasche Methode.

Wirkung der Verdauungsfermente.

Fede-Finizio bestimmten das Optimum des Zusatzes von Salz- und Milchsäure, bei welchem Käsegerinnsel durch Pepsin verdaut werden. Sie labten zu diesem Zwecke die Milcharten durch kindlichen Magensaft, trockneten das so erhaltene Käsegerinnsel,

zerschnitten es in möglichst gleiche Stücke und stellten damit die Verdauungsversuche — immer zwei Stunden im Thermostaten — an. Sie erhielten folgende Zahlen in per Mille

	Salzsäure	Milchsäure
Rohe Kuhmilch	1·27—1·63	11·25—12·15
Gekochte Kuhmilch	1·46—1·63	14·40—15·3
Ziegenmilch	0·91—1·46	13·5 —15·3
Eselsmilch	0·73—1·82	8·9 —11·25
Frauenmilch	0·73—1·46	9·45—10·8.

Daß diese Angaben wohl für die künstliche Ernährung bedeutungsvoll sind, ist sicher; aber ebenso, daß aus ihnen nicht ein Unterschied der verschiedenen Kaseine (die italienischen Autoren benützen die verwirrenden Bezeichnungen Halliburtons Kaseinogen und Kasein) gefolgert werden darf. Denn die Käsegerinnsel, welche sie verwendeten, waren Gemenge von Parakaseinkalk, Fett und Salzen (Erdphosphaten); je mehr Fett sie enthielten, um so leichter waren sie der Verdauung zugänglich, je mehr Salze, um so schwerer. Deshalb ist der gefundene Unterschied zwischen Käse aus roher und gekochter Milch ganz bedeutungslos.

Bemerkenswert erscheinen mir die Versuche Hawks, welche Sternbergs Beobachtung (Arch. f. Physiol. 1900, S. 362) erweitern und vervollständigen. Dieser fand, daß bei aufeinander folgenden Pepsin- und Trypsinverdauungen zweier Milchproben, von denen eine mit Lab versetzt war, letztere einen dreimal so großen Stickstoffrückstand aufwies.

Hawk bestimmte nur das Gewicht des Rückstandes.

In den folgenden Tabellen ist derselbe für jeden Versuch in Prozenten des Rückstandsgewichtes angegeben, welcher mit gekochtem Pepsin oder Trypsin erhalten wurde (= 100)

	I	Ia	II	IIIa	IV	IVa	V	VII	VIII
1.	52	49	47	53	85	90	94	82	79
2.	36	41	36	60	83	75	84	96	96
3.	35	42	37	53	86	91	75	66	65
4.	100	100	100	100	92	95	58		96
5.					82	75	60		
6.					100	100	100		

In I wurde 1:10 cm³ Milch, 1 cm³ Lab, 11 cm³ Pepsinsalzsäure

2: ebenso aber mit gekochtem Lab

3: statt Lab 1 cm³ Wasser

4: wie 3 aber mit gekochter Pepsinsalzsäure

durch eine Stunde bei 40° verdaut.

Ia unterscheidet sich von I dadurch, daß der Käse durch Schütteln verkleinert wurde. In II wurde Pepsin und ClH gesondert zugesetzt. In IIIa bedeutet 1 Zusatz von Labasche, 2 von Lab, 3 von gekochtem Lab, 4 gekochtes Lab und gekochte Pepsinsalzsäure. In der Versuchsreihe IV wurde bei 1 rohes, bei 2 gekochtes Lab zuerst mit Pepsin durch 1/2 Stunde behandelt und dann erst

Milch und ClH zugesetzt; bei 3 Lab, Milch, Pepsinsalzsäure, bei 4 ebenso, aber letztere gekocht, bei 5 gekochtes Lab, dann Pepsin-ClH, bei 6 ebenso, aber gekochtes Pepsin. In IVa wird länger verdaut, sonst wie IV. In der Versuchsreihe V wird bei 1 bis 4 Milch zuerst durch Lab koaguliert, dann bei 1, 2, 4 gekocht, bei 1 Lab und Pepsin-ClH, bei 2 statt Lab Wasser zugesetzt, bei 3 und 4 Wasser und Pepsin-ClH, 5 und 6 sind ohne Lab, letzteres mit gekochtem Pepsin. In VII und VIII wurde in 1 und 2 Kasein, in 3 und 4 Parakasein (in Wirklichkeit Parakaseinkalk) der Verdauung ausgesetzt, u. zw. 2 und 4 mit gekochten Verdauungslösungen.

Die Versuche mit Trypsinverdauung mit und ohne Lab gaben folgende Ergebnisse, u. zw. waren in 1 Lab, in 2 gekochtes Lab, in 3 nur entsprechend viel Wasser zugesetzt worden, 4 ist wieder der Kontrollversuch mit gekochter Trypsinlösung. Bei I wurde leicht alkalische, bei II neutralisierte Trypsinlösung verwendet.

	I	II
1	37	34
2	27	25
3	25	24
4	100	100

Dagegen zeigt sich kein Einfluß des Labzusatzes bei Pepsinverdauung einer Eiereiweißlösung.

Haw k schließt also, daß Labzusatz die Pepsin- und Trypsinverdauung des Milcheiweißes verlangsamt. Die Labasche hat diese Wirkung nicht. Ob das Lab hierbei nur als Kolloid oder durch Erzeugung festerer Koagula wirkt, wurde nicht untersucht.

Es besteht jedoch noch eine weitere Möglichkeit. Vielleicht wurde durch Zufügung von Lab die Plasteinbildung begünstigt. Diese vergrößerte bei Gegenwart von Kalksalzen — also bei Milch nicht bei Eiereiweiß — die Niederschlagsmenge.

van Slyke und Genossen schließen aus ihren vorwiegend die Käsereifung betreffenden Versuchen, daß Labferment nur bei Gegenwart von Säuren das Kasein weiter zerlegt.

Die Versuche von Oppenheimer-Aron sind für uns nach mehreren Richtungen von Interesse. Dieselben wollten erfahren, ob die Widerstandsfähigkeit des genuinen Serums gegen die Trypsinverdauung auf dem Vorhandensein eines Antitrypsins beruhe.

Es werden z. B. von genuinem Serum 48%, von koaguliertem 94%, von genuinem 31%, von auf 68 bis 70° erhitztem („inaktiviertem“) 71%, von genuinem 11%, von peptisch vorverdaulichem 47% verdaut. Die Autoren folgern, daß die Wirkung eines Antitrypsins zur Erklärung der Resistenz nicht ausreichte, sondern eine spezifische Konfiguration (Mangel von Angriffspunkten für das Ferment) angenommen werden müsse. Diese Gesichtspunkte können auf den Befund von Hotz (raschere Trypsinverdauung gekochter Milch) angewendet werden. Oppenheimer-Aron haben auch die Trypsinverdaulichkeit genuinen Serums mit einer gleich stickstoffreichen Kaseinnatriumlösung (Plasmon) verglichen und fanden,

daß von ersterer nach 1 Tag 73, von letzterer 97 $\frac{0}{10}$ verdaut waren. Doch war eben für diesen Fall die Methode (Kochen mit 2 $\frac{0}{10}$ iger Essigsäure und Kjeldahl mit Niederschlag und Filtrat) keine vollkommen verlässliche, da essigsaures Kasein ins Filtrat gehen konnte.

Bekanntlich hat Danilewsky dem Labferment die Fähigkeit zugeschrieben, aus Albumosen die sogenannten Plasteine zu bilden. In letzter Zeit wurde diese Erscheinung von einer Reihe russischer Autoren untersucht. Herzog zeigt nun, daß der Askarispreßsaft, welcher Antifermente gegen Pepsin und Trypsin enthält, die Zunahme der Viskosität in mit Pepsin, Trypsin oder Papayotin versetzten konzentrierten Peptonlösungen (diese Viskositätszunahme entspricht wohl der Plasteinbildung), nicht aber die Labgerinnung hemmt.

Also scheint letztere von der Plasteinbildung verschieden zu sein, doch wäre es noch denkbar, wie Herzog selbst hervorhebt, daß bei der Reversion Produkte gebildet werden, welche gleichfalls durch Lab gefällt werden.

Zu dem gleichen Ergebnisse, daß die Plasteinbildung nicht durch die Labkomponente, sondern durch die Pepsinkomponente (ich folge den Anschauungen Pawlows, Nencki-Siebers bei dieser Nomenklatur) bedingt werde, gelangte Volhard auf höchst interessante Weise. Während, wie Fuld (s. l. Ref.) genauestens feststellte, die Labwirkung der Zeit und der Labmenge direkt proportional erfolgt, wächst der Plasteinniederschlag proportional der Quadratwurzel aus der Fermentmenge mal der Verdauungszeit. Aus Volhards Versuchen ergibt sich weiter, daß die früher angewendeten Verfahren keine Sicherheit über die Pepsinfreiheit des Labs geben. Während z. B. eine Lablösung nach der Mettzens Methode kaum Spuren von Pepsin enthielt, war ihr Gehalt, nach dem geistreichen Volhardschen Verfahren bestimmt, außerordentlich hoch. Die Frage der Trennbarkeit von Pepsin und Lab bedarf auch nach diesen Versuchen einer gründlichen Revision.

Obzwar also Lab- und Plasteinwirkung durch verschiedene Fermente bedingt zu sein scheinen, sei doch auf Bayers Untersuchungen hingewiesen, nach welchen bei der Plasteinbildung das Lab auf die sogenannten Peptoide wirkt, d. h. auf jene Eiweißspaltungsprodukte, welche die Biuretreaktion nicht geben.

Nürnberg vermochte durch Autolyse aus den verschiedensten Organen von Kaninchen, Rind, Schwein und Hund Extrakte darzustellen, welche Labwirkung zeigten, am stärksten jene vom Schwein. Die Plasteinwirkung ging der Labwirkung nicht immer parallel.

Physiologische Veränderungen.

Hexenmilch beobachtete Korschann bei einer 14 Tage alten Ziege. Die Milch — zuerst 40 cm³ — war ziemlich rein weiß. Durch regelmäßiges Melken erhielt sich die Sekretion während mehrerer Monate.

Nach Weill-Thevenet bedeutet die Anwesenheit der *corps granuleux* in der Milch ein Mißverhältnis von Ex- und Sekretion, jene der polynukleären Leukozyten eine reiche Sekretion, wäre also ein gutes Zeichen, dagegen sind mehr als 25% Lymphozyten ein Zeichen schlechter Milchbildung.

Trunz (1) hat G. Simons (Ztschr. physiol. Ch. XXXIII, S. 466. 1901) Untersuchungen über die Schwankungen der Eiweißstoffe der Kuhmilch im Verlauf einer Laktation zu Ende geführt. Die Milchmenge nimmt ab, das spezifische Gewicht zu, ebenso die Trockensubstanz, das Fett, der Gesamtstickstoff, Kasein und koagulables Eiweiß.

Das Verhältnis der beiden letzteren bleibt sich während der ganzen Zeit ziemlich gleich, ist aber bei verschiedenen Kühen verschieden; bei den einen 1:5, bei den anderen 1:3. Mit Recht macht Trunz darauf aufmerksam, daß sich letztere zur Erzeugung von Kindermilch besser eignen dürfte.

Zahlreich sind die Versuche, die Milchsekretion zu steigern. Zuerst seien die hier schon besprochenen Angaben Prips erwähnt, der bei fünf Frauen mit mangelnder Milchsekretion durch Verabreichung verschieden zubereiteten Kuheuters eine Steigerung und Verbesserung der Sekretion sah, während in einem 6. Falle die Medikation fehlschlug.

G. Fingerling hat an einem Schaf und einer Ziege untersucht, ob die Zugabe von Reizstoffen zu einem reizlosen Futter (Stroh, Troponabfälle, Stärke, Erdnußöl) die Milchabsonderung beeinflusst. Tatsächlich vermehrten Heudestillat, Fenchel, Bockshorn (*Trig. foenum graenum*) die Milch und die beiden ersten auch die Fettmenge, Malzkeime nur letztere. Wurde aber normales (nicht verregnetes, d. h. ausgelaugtes) Heu verfüttert, so blieben die Reizstoffe ohne Wirkung.

Die Anpreisung des Baumwollsaatmehles (Laktagol) als Galaktagogum veranlaßt mich, näher auf die schon seit Jahren in Amerika an Kühen mit diesen und anderen Kraftfuttermitteln angestellten Versuche einzugehen.

Aus Wheelers Beobachtungen an 981 Kühen sei folgendes hervorgehoben: Die Milchabsonderung stieg am meisten mit starker Steigerung der Proteinzufuhr. Geringe Steigerung der letzteren bleibt ohne Einfluß. Soule-Bearnes untersuchten, ob sich die Proteine der versuchten Kraftfutter (Baumwollsaatmehl, Erbsenheu, Weizenkleie) in ihrem Einflusse auf die Milch unterscheiden. Es war nicht der Fall. Nach Lindsley hat Baumwollsaatmehl mit geringem Oelgehalt keinen Einfluß auf die Milch. Zugabe von Baumwollsaatöl zum Mehl scheint den Fettgehalt der Milch um 0.4% zu erhöhen, zugleich steigt der Schmelzpunkt und die Jodzahl des MilCHFettes. Ein Uebermaß von Baumwollsaatöl scheint die Tiere zu schädigen.

Hills verfütterte Oelsamenmehl, Baumwollsaatmehl, Leinsamenmehl, Weizenkleie, Palmkernöl und fand nach ersterem die höchste Steigerung der Milch- und MilCHFettproduktion, zugleich

wird durch Palmkernöl der Schmelzpunkt der Butter um 4° erhöht, die Menge der flüchtigen Fettsäuren vermindert. (So schon Soxhlet 1896.) Oelsamenmehl erhöhte die Jodzahl des Milchfettes (Uebergang von Oelsäure).

Es muß bei alledem auf die alten Versuche von Wood hingewiesen werden, wonach die Verfütterung derartiger fetthaltiger Kraftmehle den Fettgehalt der Milch nur vorübergehend steigert.

Sjollema fand, daß Fütterung von Zucker oder stark zuckerhaltiger Nahrung bei Kühen die Menge der flüchtigen Fettsäuren im Milchfett steigert. Wir werden also für die Erzeugung von Kindermilch derartiges Futter verbieten.

Untersuchung der Milch einer Herde von etwa 500 Kühen ergab Sherman Ansteigen von Fett und Eiweiß im Herbst und Sommer, während der Zucker (nur aus der Differenz berechnet) gleich blieb. Der Aschengehalt läßt sich nach Richards Formel (Analyst. XXVI, 310) berechnen als $\text{gleich} = 0.36 + \frac{1}{10} \text{ Protein}$ (gleich Kjeldahl-N $\times 6.25$).

Analysis.

Kumagawa-Suto empfehlen zur Fettbestimmung einen modifizierten Soxhletschen Extraktionsapparat, bei welchem wohl das Eintrocknen der Milch erspart wird, dieselbe aber zuerst mit ätherextraktfreier Pepsinsalzsäure, zu deren Herstellung eine Vorschrift angegeben wird, verdaut werden muß. Es wurde um 0.2 bis 0.3% mehr Fett (d. h. statt 6.3 z. B. 6.5%) gefunden als nach Ritthausen, Schmid-Bondzynsky oder Gerber, doch ist jedenfalls die Gefahr vorhanden, daß bei der mehrstündigen Verdauung auch Säuren aus dem Milchzucker entstehen. Sie fanden freilich, daß von 0.4809 g Aetherextrakt nur 0.0052 auf Fettsäuren zu beziehen war.

van Haarst (1) empfiehlt zur Fettbestimmung die Thörnersche Methode (2 Minuten mit 50% KOH in siedendem Wasser, dann Eisessig und zentrifugieren). Derselbe (2) macht auf die Fehler aufmerksam, welche durch Benützung ungeeigneten Amylalkohols bei der Gerberschen Fettbestimmungsmethode entstehen können. Es ist noch eine offene Frage, welche Anforderungen dabei an den Amylalkohol zu stellen seien, d. h. wie man sich sicher von seiner Verwendbarkeit überzeugen könne.

Jedenfalls darf sein Siedepunkt nur zwischen 128 bis 130° liegen. Siegfeld (1) befaßt sich gleichfalls mit dieser Fehlerquelle und empfiehlt nicht bloß die Gerbersche Prüfung (Probe ohne Milch), sondern eine Kontrolle mit einem verläßlichen Amylalkohol vorzunehmen. Thörners Verfahren sei nicht empfehlenswert, weil leicht Emulsionen zwischen Fett- und Säureschicht zurückbleiben.

Siegfeld (2) befaßt sich ferner mit den verschiedenen Verbesserungen, welche das Gerbersche Verfahren in letzter Zeit

erfahren hat. Die „Präzisionsbutyrometer“ kann er nicht empfehlen, das Siedelsche mit beweglicher Skala hat einige Vorteile, das flache von Kanisz ist sicher zweckmäßig. — Utz (3) untersuchte das Gerbersche Verfahren mit Rücksicht auf einen Ersatz der H_2SO_4 durch HCl . Derselbe ist unzweckmäßig. Fouard empfiehlt zur Fettbestimmung das Versetzen von 20 Milch mit 10 Reagens (10 g K_2O in 50 cm^3 95%igen Alkohol, 15 cm^3 Amylalkohol, dazu NH_3 auf 100) in einem Kölbchen mit Skala, Erwärmen unter Schütteln, Zugießen von Wasser, bis die Fettlösung an der Skala steht. Scheint im vorhinein unzuverlässig.

Aus Slyke-Harts Untersuchungen interessieren uns jene über die Analyse der Milch. Bestimmung des Kaseins: 10 Milch, 90 Wasser von 40 bis 42°, dann 1.5 cm^3 10%ige Essigsäure, Erwärmen bis 42°, Filtrieren, Waschen des Filters, Kjeldahl mit Filter. Schloßmanns Methode ist nur für frische Milch anzuwenden, da sie Kaseosen mitfällt. Albumin und Syntonin: Filtrat vom Kasein wird gegen Phenolphthalein neutralisiert, gekocht, Filtrerrückstand zu Kjeldahl. Kaseosen: Filtrat von 2 erhitzt auf 70°, Zugabe von 1 cm^3 50%iger H_2SO_4 und Zinksulfat bis zur Sättigung. Stehenlassen bei 70°. Filtrieren und Waschen mit angesäuerter Zinksulfatlösung. Filtrerrückstand wie oben. Amidosäuren: Fällung mit Tannin- NaCl oder Phosphorwolframsäure- H_2SO_4 . Das Filtrat enthält die Amidosäuren und den Ammoniak. Letzterer wird durch Destillation des Filtrats mit Magnesia bestimmt. Die Differenz aller dieser Resultate gegenüber dem Gesamt-N gibt den Pepton-N.

B. H. Smith befaßt sich mit dem Nachweise von Formaldehyd in der Milch. Parmentier lenkt die Aufmerksamkeit auf die Kryoskopie der Milch zum Nachweise der Verwässerung. Ledós Mitteilung ist offenbar vom Referenten des Progrès méd. falsch verstanden worden. Nach dem vorliegenden Bericht soll gekochte, nicht aber rohe Milch Jodkaliumkleister bläuen. Wahrscheinlich handelt es sich um die $\text{JK-H}_2\text{O}_2$ -Reaktion auf Peroxydase.

Mullié beschreibt alle Methoden zur Unterscheidung roher von gekochter Milch. Fabre bestätigt den Wert der Umikoffschen Reaktion. Die recht empfehlenswerte Methode Fabres zur ungefähren Bestimmung der Milchbestandteile findet sich in Nr. 6 besprochen.

Zur Unterscheidung roher und gekochter Milch hat man bekanntlich auch den Nachweis koagulablen Eiweißes im Serum der ersteren vorgeschlagen. Zur Entfernung des Käsestoffes verwendete Rubner Kochsalzsättigung, ich (1. Ref.) schlug die Filtration durch die Poukalfilter bei 150 mm Wasserdruck vor. Bei ersterem Verfahren entgehen aber nach Sebelien (1901) trotz Kochen durch zehn Minuten bei 120° ein Teil des koagulablen Eiweißes der Koagulation.

Popper hat nun untersucht, wieviel Stickstoff aus roher und gekochter Milch durch die Poukalzelle hindurchgeht. Vom gesamten koagulablen Eiweiß gehen dann aus gekochter Milch gleichfalls — es ist dies nur für einen Versuch (D. 3) mitgeteilt —

10⁰/₀ durchs Filter. Mein Verfahren würde also denselben Fehler wie das Rubnersche besitzen, doch behalte ich mir für gelegene Zeit eine Nachprüfung meiner früheren, wie gesagt unter anderen Bedingungen angestellten Versuche vor. Das Nichtausfallen des denaturierten Eiweißes bezieht Popper mit Recht auf den Alkaligehalt der Milch.

Bakterien.

Vor allem sind drei Gesamtwerke über diesen Gegenstand erschienen: H. Swithinback und G. Newmann, *Bacteriology of milk*, London, J. Murray, 25 sh.; H. W. Conn, *Bacteria in milk and its products*, Philadelphia, P. Blakiston Son & Co.; Henseval, *Les microbes du lait et d. ses dérivés*, Lierre, J. van In & Cie. Eine schon früher in Aufsatzform bekannte Zusammenfassung ist Ch. Barthel: *Untersuchung über die Mikroorganismen in der Stallluft, in der frischgemolkenen Milch und im Euter der Kuh*. Uebersetzung von Kaufmann, Leipzig, Heinsius.

Nach Kruse ist Hueppes *Bac. acidi lactici* identisch mit Escherichs *Bact. lactis aërogenes*, er ist nicht grambeständig und nicht der eigentliche Erreger der gewöhnlichen Milchsäuerung, welche vielmehr vom *Bact. lactis acidi* (Leichmann) hervorgerufen wird. Dieser ist identisch mit dem *Bact. Güntheri*, *Bac. lacticus* (Kruse), *Bac. acidi paralactici* (Kozai) und gehört zu den Streptokokken ebenso wie der *Pneumokokkus* und der *Streptococcus pyogenes*. Kruse will ihn daher als *Streptococcus lacticus* bezeichnet wissen. Der *Streptococcus enteritidis* (Hirsch-Libmann) und der *Enterokokkus Thiercelins* seien nichts anderes.

Tissier-Gasching haben wieder einmal die Zersetzung der Milch und ihren pathogenen Einfluß studiert. Nach ihnen wäre der gewöhnliche Gang folgender: Schon in den ersten Stunden treten Spuren von Pepton und Ammoniak auf, und etwas Milchzucker wird zersetzt. Enterokokkus überwiegt, daneben Koli; ersterer bildet inaktive, letzterer l-Milchsäure, ersterer daneben auch Essig-, Ameisen- und Baldriansäure. Die Tätigkeit des ersteren erlischt bei einer 2 bis 2.5⁰/₀₀ H₂SO₄ entsprechenden Azidität, die des letzteren schon bei 0.65 bis 2⁰/₀₀. Die Milch gerinnt und nun steigt der Säuregrad, wobei vorwiegend d-Milchsäure gebildet wird, u. zw. durch den *Bac. acidi paralactici*, welchen sie, entgegen Kruse, vom Enterokokkus strenge unterscheiden.

Er verträgt eine Azidität von 4—6⁰/₀₀ H₂SO₄. Nunmehr beginnen die Schimmelpilze (*Oidium lactis*, *Rhizopus nigricans*) die Säuren zu zerstören.*) Gleichzeitig zersetzt neben dem *B. acidi paralactici* der nur die Glykosen, also nicht die Milchsäuren angreifende *Bac. lactopropylbutyricus* unter Bildung von Butter- und Propionsäure den Rest des Milchzuckers. Die Azidität steigt bis auf 7⁰/₀₀ H₂SO₄. Nach einem Monate ungefähr sinkt die Azidität, die proteolytischen Arten zerstören die Eiweißkörper (*Bac. mesentericus*, *subtilis*, *putri-*

*) Ebenso C. Wehmer *Ber. d. botan. Ges.* XXI, 67, 1903.

ficus, proteus vulgaris, Zenkeri, faecalis alcaligenes). In dem sie nun einerseits Kulturen des Enterococcus, *B. lactopropylbutyricus*, des *B. faecalis alcaligenes*, andererseits Milch in verschiedenen Zersetzungsstadien an junge Tiere verfütterten, wollen sie nur ganz ausnahmsweise (bei sieben und 12 Tage alten Kätzchen durch Kulturen von *Bac. mesentericus*, durch saure Milch bei einem mit sterilisierter Milch ungenügend ernährten Hündchen, durch 5 g sauren Rahm bei einem viermonatlichen Brustkind) und auch da nur geringe Magendarmerscheinungen beobachtet haben. Immerhin rief die Milch im Zustand der Eiweißfäulnis Erbrechen und unüberwindlichen Widerwillen hervor. Sie schließen daraus, daß die hierbei entstandenen Zersetzungsprodukte nur bei Mitwirkung prädisponierender Bedingungen (ungenügende, fehlerhafte Ernährung, geringere Widerstandsfähigkeit) schädlich auf den Organismus wirken.

Harrison — Cumming finden regelmäßig in frisch gemolkener Milch 2 *Bacilli acidilactici* und *B. lactis aerobans*. Alle anderen (7 Spezies) nur zuweilen. Wurden die Zitzen mit Kulturen von *B. prodigiosus*, *exiguus*, *fluorescens liquefaciens* beschmiert, so verschwanden diese Bakterien bald aus der Milch.

Aus Milch, die 24 Stunden bei 60° gestanden hatte, erhielt Scharfing unbewegliche dicke Stäbchen, welche sowohl das Kasein als Kohlehydrate angreifen.

Bassenge fand, daß Typhusbazillen in Milch durch dreiminütliche Einwirkung von 67° nicht sicher, wohl aber bei Temperaturen über 70° ausnahmslos abgetötet werden. Bleibt die Temperatur 8 bis 10 Minuten über 60°, so genügt das ebenfalls. Ein Säuregrad der Milch von mehr als 0.4‰ Milchsäure vernichtet gleichfalls aber erst innerhalb 24 Stunden Typhusbazillen (Die Titrationen beziehen sich offenbar auf Lackmus), so daß eine infizierte gesäuerte Milch solche noch enthalten kann. Beim Zentrifugieren der Milch gehen die Typhusbazillen vorwiegend in den Rahm.

Rullmann findet, daß Tuberkelbazillen — in Form von Sputum beigemischt — auch durch halbstündiges Erhitzen der Milch auf 65° unter ständigem Schütteln nicht abgetötet werden.

Ob Tuberkelbazillen beim Zentrifugieren der Milch in den Milchschlamm oder in den Rahm übergehen, hängt nach Marpmann von dem spezifischen Gewichte beider ab, welches bei den Tuberkelbazillen zwischen 1.018 und 1.046, bei der Milch zwischen 1.025 und 1.038 schwankt. Es werden sich also, wie bereits bekannt, Tuberkelbazillen gewöhnlich im Schlamm und im Rahm finden.

Milchwirtschaftliches und Säuglingsmilch.

Die Hamburger Ausstellung, der Brüsseler Kongreß sind die Ursache, weshalb auf diesem Gebiete am meisten veröffentlicht worden ist. Ueber erstere haben Pfeiffer, v. Ohlen, Sperk sehr lesenswerte Referate erstattet. Die Aufsätze von Aust, Jeß, Ostertag, die Bücher von Belcher und Raquet machen sich um die Verbreitung der modernen Anschauungen verdient.

Belchers Buch wendet sich vorzüglich an jene Farmer, welche für New-York „certified milk“ erzeugen, d. h. eine solche, deren reine Gewinnung und Reinlichkeit durch die bakteriologischen Prüfungen der Milchkommission der County medical society bestätigt werden. Dort wird also durch freiwillige Selbstzucht erzielt, was bei uns durch Polizeimaßregeln erzwungen werden soll. Glückliches Land! Um die Verunreinigung durch Milch kranker Kühe zu verhüten, zahlen einige Milchwändler den Farmern hierfür den vollen Preis. Das Buch beschäftigt sich vorwiegend mit der Stalleinrichtung und kann jedem Interessenten wärmstens empfohlen werden. Besonders gefallen haben mir die glashausartigen Ställe und die einfache Einrichtung, um das Verstreuen des Futters durch die Kühe auf das Lager zu verhüten.

Der im zweiten Referat besprochene Milchhomogenisierungsapparat nach Gaulin wurde von der Baron Schraderschen Sanitätsmolkerei (Blietstorf, Lauenburg) bei der Berliner Ausstellung für Hygiene vorgeführt. Statt der Metallflächen wird jetzt Agat benutzt. Ein ähnliches Verfahren wird von Julien (Petersburg) propagiert. Interessant ist, wie ich dem Aufsätze Buttenbergs entnehme, daß homogenisierte Milch bei der Fettbestimmung nach Adams bis um $\frac{1}{2}\%$ niedrigere Werte ergibt, als bei jenen Verfahren, wo das Kasein zuerst in Lösung gebracht wird (Gottlieb, Gerber). Es wäre das von weiterer theoretischer Bedeutung, denn verschiedene Vermutungen gehen von der Annahme aus, daß durch Aether aus dem Alkoholniederschlag der Milch das gesamte Fett extrahiert werden kann. In einem gewissen Widerspruche zu Buttenbergs Befund steht die Beobachtung Söldners (1898), daß nach vorhergehender Verdauung mit Pepsin-ClH dieselben Zahlen für das Fett erhalten werden wie durch Adams Methode. S. auch oben unter Analyse Kumagawa-Suto.

Ein anderes in Hamburg zuerst vorgeführtes Verfahren war das von Seiffert, welcher die Milch durch ultraviolettes Licht keimfrei machen will. Der Bekanntmachung dieser Methode dient Seifferts Werk. Gerber-Wieske beschreiben das Pasteurisieren der Milch unter Bewegung der Flaschen.

Die Milch durch Erwärmen auf 50° und nachherigen Zusatz von H_2O_2 zu sterilisieren, hat C. C. L. Budde als Patent angemeldet. Barthel hat die Unbrauchbarkeit dieses Verfahrens nachgewiesen, weil das gewöhnliche H_2O_2 nicht verwendbar, das reine zu teuer ist.

Loocks Verfahren besteht darin, die Milch in einem Topfe mit Ventil zu kochen. Nach 5 bis 10 Minuten entströmt Dampf. Dann läßt man noch 5 Minuten kochen. Es wird die Temperatur von 85° erreicht.

Wolff hat die Stralsunder Milch auf ihre Frische und Sauberkeit mittels des Plautschen (1891) Verfahrens geprüft. Am besten erwies sich die aus einer Sanitätsmolkerei, während die einer neuen mit dem Tiefkühlungsverfahren arbeitenden Molkerei hinter der Milch einer alten Molkerei zurückblieb. Freilich bezieht

erstere ihre Milch auch per Bahn und kühlt erst die angekommene, während letztere nur aus dem nächsten Umkreise der Stadt die Milch erhält. Am schlechtesten war die Milch der kleinen Händler. Keimgehalt und Säuerungsgeschwindigkeit gehen nicht vollkommen parallel. Hier war die Sanitätsmolkerei weitaus im Vorteile.

Nachdem *B. coli* durch einminütliche Einwirkung von 62.5° oder fünfminütliche von 59°C getötet wird (Geuns 1889), benutzte Ringeling den Nachweis von *Coli*, um sich von der Verlässlichkeit des fabrikmäßigen Pasteurisierens zu überzeugen, wie es von 24 Milchanstalten in Amsterdam betrieben wird. In 16% der 75 Proben war lebender *Coli* nachzuweisen.

Dieses Verfahren erscheint uns um so wichtiger, als nach Tjaden's Auseinandersetzungen es für die staatliche Gesundheitspflege genügen muß, wenn die Milch durch 1 bis 2 Minuten auf 85° oder durch eine Stunde auf 60 bis 65° erhitzt wurde. In diesem Falle würden die auf der Zerstörung der Peroxydasen beruhenden Verfahren, die Erhitzung der Milch nachzuweisen, nicht anzuwenden sein.

Für uns von höchster Wichtigkeit sind die beiden Vorträge Soxhlet's. Als neu sind daraus die Untersuchungen Fuhrmann's hervorzuheben, wonach es durch einfaches, kräftiges Schütteln bei Körperwärme gelingt, die durch das Sterilisieren hervorgerufene Verschlechterung des Emulsionszustandes eines Rahmgemisches zu beseitigen.

H. E. Alvord — R. A. Pearson geben in ihrem Buche: *The milk supply of 200 cities and towns*. U. S. Dept. Agric. Bureau of Animal Industry. Bull. 46 ein Bild der amerikanischen Verhältnisse. *Législations étrangères relat. au commerce du lait*. Bruxelles 1903 A. Lesigné ist anlässlich des Brüsseler Kongresses erschienen.

Milch als Nahrung im allgemeinen.

Schloßmann — Moro berichten über einen Ausnutzungsversuch mit Kuhmilch (durch Sahne und Milchzucker auf das Verhältnis Eiweiß zu N-freier Substanz 1 : 5 gebracht) und Frauenmilch, den Moro an sich selbst vornahm. Zuerst wurde durch zwei Tage die Kuhmilchmischung, dann durch 60 Stunden Frauenmilch getrunken. Leider war letztere Periode durch Darmreizung getrübt.

	I	II
Es wurden ausgenutzt:		
Trockensubstanz	96.58%	95.38%
Stickstoff	94.98	85.2
Fett	96.48	95.54
Kohlehydrate	100	100
Es erschien:		
von Ca O.	8.974	5.684
im Kote	4.063	6.016
im Harne	1.71	1.318
von P ₂ O ₅	12.227	4.513
im Kote	2.795	2.679
im Harne	6.769	4.658

Petitti hat erwachsenen Kranken täglich zwei Liter Kuhmilch in verschiedenen großen Portionen gegeben und die Stickstoffausnutzung verfolgt. Er fand bei:

1 stündlich	150 cm ³	N-Verlust	19.34 ⁰ / ₀
2 "	250 cm ³	"	19.00 ⁰ / ₀
3 "	320 cm ³	"	23.35 ⁰ / ₀
4 "	400 cm ³	"	23.00 ⁰ / ₀
5 "	500 cm ³	"	15.34 ⁰ / ₀

Nach Falta sollen bei schwerem Diabetes Ovalbumin und Blutalbumin die Zuckerausscheidung nicht beeinflussen, Kasein dagegen sie bedeutend in die Höhe treiben.

Bainbridge fand, daß wenn Hunde mit Milch gefüttert wurden, das Pankreas Laktase absondert, nicht aber bei milchzuckerfreier Nahrung. Es scheint, als ob bei Einwirkung der Darmschleimhaut auf Milchzucker ein Körper entsteht, der resorbiert wird und das Pankreas zur Bildung der Laktase anregt.

Entgegen einer Vermutung von Spiro-Pick fand Underhill, daß die intravenöse Injektion einer durch Bromelin erzeugten Kaseose bei einer Hündin Blutdrucksteigerung und Verzögerung der Blutgerinnung hervorrief.

Bei intravenöser Injektion von Kasein an Kaninchen fanden Gürber-Hallauer im Harne unverändertes Kasein, dagegen in der Galle ein angeblich verändertes, das wohl auf Lab reagierte, dagegen sich durch Essigsäure schwerer ausfällen und schwerer lösen ließ, auch anscheinend weniger Phosphor enthielt. Vielleicht handelte es sich aber nur um Beeinflussung dieser Verhältnisse durch das gleichzeitig ausgeschiedene Albumin.

Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1903 (II. Sem.).*)

Von Dr. Gallus (Bonn).

1. Alexander. Ein weiterer Fall von in den Glaskörper vordringender Arterienanomalie. (Z. f. A., Bd. 10, S. 88.)
2. Cohn. Totales Ankyloblepharon durch Pemphigus mit Ausgang in völlige Heilung. (Z. f. A., Bd. 10, S. 421.)
3. Fejér. Ueber Augenmuskelerkrankungen. (A. f. A., Bd. 48, S. 204.)
4. Goldzieher. Zur Lehre vom Kryptophthalmus congenitus. (Z. f. pr. A., August.)
5. Groß. Beitrag zur pathologischen Anatomie des Hydrophthalmus. (A. f. A., Bd. 48, S. 340.)
6. Haas. Glasstäbchen zum Einstreichen von Augensalbe. (W. f. Th., Nr. 4.)
7. Haeberlin. Zur Kasuistik der angeborenen Irisanomalien. (A. f. A., Bd. 48, S. 303.)
8. Hala. Ein seltenes Symptom der Augensyphilis bei Neugeborenen. (Z. f. A., Bd. 10, S. 85.)

*) Die Dissertationen von 1903 konnten noch nicht berücksichtigt werden.

9. Halben. Beiträge zur Anatomie der Tränenwege. (Gr. A., Bd. 57, S. 61.)
10. Hanke. Zwei seltene Mißbildungen des Bulbus: 1. Anophthalmus congenitus bilateralis. 2. Dermoid der Cornea und endobulbäres Lipom. (Gr. A., Bd. 57, S. 28.)
11. Haupt. Ueber gonorrhoeische und nichtgonorrhoeische Bindehautentzündungen bei Neugeborenen. (Kl. M., Juli, S. 447.)
12. Heine. Klinisches und Therapeutisches zur Myopiefrage. (A. f. A., Bd. 49, S. 14.)
13. Heß. Neue Beobachtungen über das Sehen der total Farbenblinden. (Heidelb. Ber., S. 290.)
14. Hirsch. Die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum. (Deutsche Aerztezeitung, Nr. 24.)
15. Koerber. Ueber die Beziehungen zwischen Iriskolobom und Korektopie. (Z. f. A., Bd. 10, S. 122.)
16. Krauß. Ueber Jequiritol. (Z. f. A., Bd. 10, S. 34.)
17. Laqueur. Beitrag zur Lehre von den hereditären Erkrankungen des Auges. (Z. f. A., Bd. 10, S. 477.)
18. Leber. Die Zirkulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges. (Gräfe-Sämisch' Handb. der ges. Augenheilkunde, Bd. 2, Abt. 2.)
19. Levinsohn. Kurzer Beitrag zur Histologie angeborener Augenanomalien. (Gr. A., Bd. 57, S. 246.)
20. Michel. Ueber einseitige familiäre und angeborene Innervationsstörungen des Hals sympathikus. (Z. f. A., Bd. 10, S. 181.)
21. Mülberger. Die familiäre amaurotische Idiotie und ihre Diagnose. (Münchener med. Wochenschr., Nr. 45.)
22. Zur Nedden. Ein Fall von angeborener Melanosis corneae in Verbindung mit einem Pigmentnetz in der vorderen Kammer und auf der Iris. (Kl. M., Okt., S. 342.)
23. Peschel. Eine tarsoplastische Operationsmethode des Coloboma palpebrae. (Heidelb. Ber., S. 255.)
24. Pfalz. Klinische Erfahrungen über Spasmus und Tonus des Akkomodationsapparates. (Heidelb. Ber., S. 91.)
25. Polte. Mehrere Fälle angeborener Irismißbildung. (A. f. A., Bd. 48, S. 75.)
26. Raehlmann. Ueber den Farbensinn des Kindes. (Ophth. Kl. Nr. 21.)
27. Reis. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Bindegewebsbildungen im Glaskörper. (Kl. M., Okt., S. 372.)
28. Römer. Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie. II. Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Reizübertragung und Disposition bei sympathischer Ophthalmie. (Gr. A., Bd. 56, S. 439.)
29. Derselbe. Aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung unsichtbarer Mikroorganismen im Auge. (Heidelb. Ber., S. 38.)
30. Ders. Zur Physiologie der Hornhauternährung. (Heidelb. Ber., S. 47.)
31. Runte. Ein Fall von angeborenem Hornhautstaphylom. (A. f. A., Bd. 48, S. 62.)
32. Seggel. Meine Erfahrungen über Eintritt und Fortschreiten der Myopie sowie über den Einfluß der Vollkorrektion auf letzteres. (Gr. A., Bd. 56, S. 551.)
33. Spuler. Ein Fall von angeborenem Beweglichkeitsdefekt am Auge. (Kl. M., Sept., S. 208.)
34. Urbahn. Zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. (W. f. Th., Nr. 43.)
35. Wachtler. Zur Frage der in den Glaskörper vordringenden Arterien schlingen. (Z. f. A., Bd. 10, S. 425.)
36. Welander. Ueber die Behandlung der Augenblennorrhöe mit Albargin. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 47, Hft. 3.)
37. Wernicke. Angeborene Wortblindheit. (Z. f. pr. A., Sept.)
38. Wintersteiner. Membrana pupillaris persistens cum synechia anteriore. (Gr. A., Bd. 57, S. 53.)

In dem Werke Lebers (18) besitzen wir einen unentbehrlichen Ratgeber über die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Zirkulation und der Ernährung des Augapfels. Der Verfasser, bekannt als bahnbrechender Forscher auf diesem Gebiet, hat hier unter Würdigung der gesamten, weitverzweigten Literatur ein Werk geschaffen, das nach jeder Richtung hin mustergültig ist.

Auch in diesem Berichtsabschnitt überwiegen die Beobachtungen über angeborene Erkrankungen des Auges.

Laqueur (17) verlangt, daß man nicht alle diejenigen Anomalien, welche sich bei Eltern und Kindern finden, einfach als hereditär bezeichne, da hier die Wirkung einer gemeinsamen Schädlichkeit vorliegen kann. Als hereditär im strengen Sinne sind vielmehr nur diejenigen Abweichungen von der Norm aufzufassen, welche in einer Familie so vielfach auftreten, daß wir mit Sicherheit annehmen können, es handle sich um eigentümliche Qualitäten des Keimes. Weiterhin muß behufs Erlangung einwandfreien Materials zur Beurteilung der Hereditätsfrage die Forderung erhoben werden, nur die von dem betreffenden Beobachter persönlich gesehenen Fälle zu verwerten, die Angaben, daß irgendeiner der Vorfahren an dem gleichen Uebel gelitten habe, dagegen als völlig unsicher nicht zu verwerten. Unter Würdigung dieser Momente fand nun Laqueur, daß in einem hohen Prozentsatz der Fälle Heredität eine Rolle spielt bei Buphthalmus, Cataracta congenita, Retinitis pigmentosa, Nystagmus, Albinismus, hochgradiger Myopie.

Interessant ist an den Beobachtungen von Polte (25) über Irismißbildung, daß ein Iriskolobom sich in drei Generationen fand.

Runte (31) hat einen mit Hornhautstaphyлом behafteten Bulbus, der einem Neugeborenen vier Tage post partum enukleiert worden war, mikroskopisch untersucht. Da die Geburt ohne jede Störung verlaufen war, muß man eine Verletzung ausschließen und an eine intrauterin verlaufene Entzündung denken, bei der die Hornhaut zunächst ergriffen wurde. Da die Hornhaut in keinem Stadium der Entwicklung Gefäße führt, kann eine endogene Infektion nicht stattgefunden haben, es bleibt daher nur eine ektogene Infektion übrig, deren Zustandekommen allerdings schwer zu erklären sein dürfte.

Wintersteiner (38) hatte Gelegenheit, einen der seltenen Fälle zur Untersuchung zu bekommen, in denen die persistierende Pupillarmembran der Hornhaut adhärirt. Man nahm bisher, wo man nur auf klinische Beobachtungen angewiesen war, meist an, daß die vordere Synechie ebenso wie die Pupillarmembran eine Mißbildung sei, indem man an eine unvollständige Differenzierung dachte in einer embryonalen Periode, in der die Kornea und die Pupillarmembran eine gemeinsame mesodermale Anlage besitzen. Demgegenüber wurden aber auch früher bereits Stimmen laut, welche eine mit Perforation einhergehende, intrauterine Entzündung als wahrscheinlicher hinstellten. Die Untersuchung Wintersteiners bestätigte die letztere Auffassung. Es handelte sich um den Bulbus eines sechs Wochen alten Knaben, der an Blennorrhöe gelitten hatte.

Bei einem 9jährigen Knaben sah Michel (20) eigentümliche Innervationsstörungen, welche bereits von Geburt an bestanden, u. zw. betrafen dieselben lediglich den rechten Halssympathikus und diesen wiederum teils im Sinne einer Reizung, Klaffen der Lidspalte und Hinaufgezogensein des oberen Lides mit starker Einziehung desselben, teils im Sinne einer Lähmung, eines Ausfalles der vasomotorischen Fasern, dokumentiert durch Exophthalmus und stärkere Rötung der betreffenden Gesichtshälfte. Da der Knabe neuropathisch belastet ist, hält Verf. im vorliegenden Falle die Innervationsstörungen für ein Stigma neuropathischer Degeneration.

Auf eine eigentümliche Anomalie der Netzhaut-Gefäßbildung, die in den Glaskörper vordringende ArterienSchlinge, weist Alexander (1) an der Hand einer einschlägigen Beobachtung von neuem hin. Er spricht sich dahin aus, daß diese Bildungen lediglich Verlaufsanomalien, eine Steigerung der Netzhaut-Gefäßschlingelung seien, während Wachtler (35) eine Entstehung aus Glaskörpergefäßen für wahrscheinlicher hält, wobei gewisse gemeinsame Merkmale der sämtlichen bisher beobachteten Fälle sowie vergleichende Entwicklungserscheinungen bei Säugetieren ihm zum Beweis dienen.

Die Frage, ob es überhaupt angeborene Bindegewebsbildungen im Glaskörper gibt oder ob die als solche angesprochenen Veränderungen nicht Endprodukte eines entzündlichen Prozesses darstellen, wird von Reis (27) unter Berücksichtigung des Umstandes, daß in seinen Beobachtungen sich neben der Bindegewebsbildung regelmäßig auch andere, sicher als kongenital anzufassende Veränderungen fanden (mehr oder weniger ausgesprochene Persistenz der Arteria hyaloidea, Kolobome am Sehnerveneintritt, der Macula lutea oder an sonstigen Stellen des Fundus) im Sinne einer angeborenen Bildung beantwortet. Was die Genese der Mißbildungen angeht, so verwirft Verf. entschieden die Anschauung, als handle es sich um die Residuen eines intrauterinen Entzündungsprozesses und stellt sich auf den Standpunkt derer, welche eine Entwicklungsstörung annehmen, wie sie z. B. von v. Hippel für die Entstehung der Kolobome kürzlich einwandfrei erwiesen ist (vergl. hierüber das Referat in Bd. II, Hft. 6 dieser Zeitschrift). Durch Verwachsung mit malignen Neubildungen, wie sie nicht nur möglich, sondern schon häufiger vorgekommen ist, kann natürlich unter Umständen das Schicksal eines Bulbus von der genauen Kenntnis und Verwertung der differentialdiagnostischen Momente abhängen und damit ist auch die praktische Bedeutung der in Rede stehenden Mißbildungen gekennzeichnet.

Nach Heß (13) läßt sich die Theorie der Zapfenblindheit für die total Farbenblinden, wie sie heute von dem größten Teil der Forscher akzeptiert ist und auch kürzlich noch von Grunert verfochten wurde (vergl. das vorige Referat), nicht aufrecht erhalten, u. zw. hauptsächlich deshalb, weil die Farbenblinden Nachbilder der Eindrücke, welche sich auf dem Gebiet der Fovea abspielen, ebenso oder ähnlich empfinden, wie der Farbentüchtige. Aber auch das zentrale Scotom darf nicht im Sinne einer Zapfenblindheit verwertet

werden. Daß es in vielen Fällen vorhanden, bestreitet Heß nicht, nur spielt es für ihn bei der Frage nach der Genese keine Rolle. Er führt auch den direkten Beweis, daß in der Fovea der Farbenblinden ähnliche Elemente vorhanden sein müssen wie beim Normalen. Letzterem erscheint nach Dunkeladaptation ein langsam vor dem Auge vorbeibewegter weißer Streif ausgebuchtet, sobald er in das Gebiet der Fovea gelangt. Es heißt das mit anderen Worten: die Erregung der Fovea vollzieht sich langsamer als die der umliegenden Netzhautpartien. Wenn nun Heß vier total Farbenblinde in diesem Sinne untersucht und ein gleiches Verhalten findet, wie es auch der Farbentüchtigte zeigt, so hat er damit den Beweis erbracht, daß auch in der Fovea des total Farbenblinden Elemente vorhanden sein müssen, welche von denen des normalen Auges nicht abweichen.

Ich wende mich nunmehr zu den klinischen Beobachtungen.

Hala (8) sah auf der Basis einer hereditären Lues bei einem zehn Wochen alten, sonst ganz gesunden Knaben eine akut einsetzende plastische Iritis und parenchymatöse Hornhauttrübung sich entwickeln. Es ist dem Verfasser aufgefallen, daß stürmische Entzündungserscheinungen, wie sie die gleiche Affektion bei Erwachsenen zu begleiten pflegen, in diesem Falle fehlten; er schließt sich darum einer schon früher von Alexander geäußerten Ansicht an, derzufolge die in Rede stehende Erkrankung zwar bisher selten bei Neugeborenen beobachtet, nichtsdestoweniger aber in Wirklichkeit häufiger sei und daß nur die wenig hervortretenden Symptome es verschulden, daß die Affektion der Beobachtung entgeht. Bei Erwachsenen findet man zuweilen alte Pigmentflecken auf der Linsenkapsel, ohne daß der Betreffende von einer durchgemachten Augenkrankheit etwas zu berichten weiß. Diese Ablagerungen sollen die Residuen einer Iritis der Neugeborenen darstellen. Uebrigens heilte im vorliegenden Falle die ganze Erkrankung überraschend schnell unter antiluetischer Behandlung.

Aus den Untersuchungen Haupts (11) scheint mir besonders hervorzuheben, daß die durch Gonokokken hervorgerufenen Blennorrhöen — Gonoblennorrhöen nach Saemisch — im allgemeinen durch einen schwereren und langwierigeren Verlauf sich auszeichnen, vor allem auch mehr zu Hornhautkomplikationen neigen als die durch andere Mikroorganismen erregten. Doch ist auch ein umgekehrtes Verhalten nicht selten, eine zuverlässige Handhabe für unsere Therapie und Prognose vermag uns die bakteriologische Forschung also noch nicht zu geben. Bemerkenswert ist die Bestätigung einer früher von Urbahn gefundenen Tatsache, daß Gonokokkenstämme, auch wenn sie sonst kein Kriterium ihrer Art vermissen lassen, unter Umständen auf einfachem Glycerinagar wachsen. Zur Behandlung wird das altbewährte *Argentum nitricum* als souveränes Mittel gegenüber den neueren Ersatzmitteln empfohlen.

Die Brauchbarkeit des in einem früheren Bericht hier schon erwähnten Jequiritol (Bd. I, Hft. 6) wurde von Krauß (16) an

einem großen Krankenmaterial auf das eingehendste kritisch geprüft. Die beabsichtigte Aufhellung der Hornhauttrübungen hatte bei einer Anzahl von 58 Augen in 4 Fällen ein gutes, in 27 Fällen ein befriedigendes und ebenso oft ein nichtbefriedigendes Resultat. Sowohl alte trachomatöse als auch ekzematöse Trübungen und solche parenchymatöser Natur ließen sich mit Erfolg behandeln, doch kamen bei allen diesen Arten auch Mißerfolge vor. Im allgemeinen hellen sich periphere Trübungen besser auf (die zentralen sind es aber gerade meist, welche uns zum therapeutischen Eingreifen veranlassen!). Endlich fehlt es auch nicht an Komplikationen vonseiten der Hornhaut, besonders aber wird auf die relativ häufige Entzündung des Tränensackes mit Uebergang in Blennorrhöe desselben aufmerksam gemacht. Nach alledem scheint mir das Mittel für die allgemeine Praxis vorläufig noch nicht unbedenklich, wenn auch damit nicht gesagt sein soll, daß man sich nicht unter Umständen in verzweifelten Fällen mit der nötigen Vorsicht zur Anwendung entschließen könnte.

Römer (28) wendet sich in seiner bereits früher in Aussicht gestellten Arbeit (siehe voriges Referat) der Frage zu, ob die modifizierte Ziliarnerventheorie, welche man zur Erklärung der sympathischen Augenentzündung herangezogen hat, richtig ist, d. h. mit anderen Worten, ob ein auf das eine Auge wirkender Reiz imstande ist, am anderen Auge eine Zirkulations- und Ernährungsstörung auszulösen. Mit großem Geschick hat Verf. sich bei der Prüfung dieser Frage die Ergebnisse der modernen Serumforschung dienstbar zu machen gewußt. Spritzt man einem Versuchstier Serum eines anderen Säugetieres ein, so bilden sich im Verlaufe einiger Tage im Organismus des Tieres sogenannte Hämolsine, d. h. Stoffe, welche imstande sind, große Mengen von Blut desjenigen Tieres, dem das injizierte Serum entnommen, zu lösen, also die roten Blutkörperchen zu zerstören. Diese Hämolsine gehen nun aber, und das ist für unsere Frage das wichtigste, niemals in das normale Kammerwasser über, wohl aber finden sie sich sofort, wenn irgendwelche Zirkulationsstörung stattfindet. Stellt man nun an mit derartigem Serum behandelten Tieren — in diesem Falle erhielten Kaninchen Rinderblut — die bekannten Versuche der Reizung eines Auges an, so ergibt sich, daß das dem zweiten Auge entnommene Kammerwasser stets frei ist von Hämolsinen. Damit ist der Beweis erbracht, daß eine Reizübertragung nicht stattfindet, die Ziliarnerventheorie also falsch ist.

Auch die Migrationstheorie, derzufolge die Mikroorganismen längs der Sehnervenscheiden in das andere Auge gelangen sollen, läßt sich nach weiteren Untersuchungen Römers (29) nicht mehr aufrecht erhalten. Es ist vielmehr sicher, daß die Verschleppung auf dem Wege der Blutbahn erfolgt, daß die Erreger mit Hilfe unserer heutigen bakteriologischen Technik sich aber nicht darstellen lassen. Ich behalte mir vor, auf die interessanten Versuche, welche ein allgemeines Interesse beanspruchen dürften, später zurückzukommen, wenn die ausführlichen Versuchsergebnisse vorliegen.

Heine (12), der auf dem Ophthalmologenkongreß vor einigen Jahren die Frage der Vollkorrektion der Myopie wieder in Fluß gebracht hat (Ref. in Bd. I), spricht sich in einer neueren Abhandlung ausführlich über dieses Thema aus. Neu ist seine Angabe, daß er zur Korrektion der bei Myopie nur selten vermiedenen latenten Divergenz nicht Prismen verordnet, welche ihm eine Reihe von Nachteilen zu haben scheinen, sondern durch Vergrößerung der Distanz konkaver Brillengläser die gewünschte prismatische Wirkung erzielt. Höhere Schulen, insbesondere Gymnasien, sind für den Verfasser das Feld, auf dem die Frage der Vollkorrektion am ehesten in befriedigender Weise gelöst werden könnte, während die Verwertung poliklinischen Materials auf zu viele Schwierigkeiten stößt. Endlich gibt Verf. einen Ueberblick über die Forschungen zur Erkenntnis der Aetiologie der Myopie, wobei er unter besonderer Betonung der These, daß eine minderwertige Anlage der Sklera das Wesentliche an dem zur Kurzsichtigkeit führenden Prozeß ist, allen bisher verfochtenen Theorien Gerechtigkeit widerfahren läßt, indem er die Möglichkeit zugibt, daß entweder ein erhöhter Druck oder bei normaler Spannung die Verhältnisse an den äußeren Muskeln oder der Orbita einen wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der Myopie haben können.

Der praktische Wert der Vollkorrektion erhellt endlich noch aus einer statistischen Arbeit von Seggel (32). Er verwirft die Ausgleichung nur bei erschwelter Akkomodation. In einer Beobachtungszeit von 7 bis 9 Jahren fand sich bei 451 Vollkorrigierten eine durchschnittliche Zunahme von 0.6 D., bei 1619 ungenügend Korrigierten eine solche von 0.85. Das Hauptkontingent der progressiven Myopie trotz Korrektion stellten die Mädchen, weil sie vielfach die Brillen nicht dauernd trugen.

Sammelreferat über Arbeiten aus der oto-, rhino-, laryngologischen Literatur.

Von F. Goeppert, Kattowitz.

- I. **Alexander** und **Kreidl**. *Statistische Untersuchungen an Taubstummen*. (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 59, S. 43.)
- II. **Hammerschlag**. *Zur Kenntnis der hereditär-degenerativen Taubstummheit*. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 45, S. 329.)
- III. *Verhandlung der otologischen Sektion des XIV. internationalen medizinischen Kongresses zu Madrid nach Bericht von Braunstein*. (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 60, S. 101.)
- IV. **Nager**. *Die Taubstummen der Luzerner Anstalt Hohenrain*. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 43, S. 234.)
- V. **Oppikofer**. *Drei Taubstummtenlabryrinthe*. (Ibid., Bd. 43, S. 177.)
- VI. **Bezold**. *Die Hörprüfung mit Stimmgabeln bei einseitiger Taubheit etc.* (Ibid., Bd. 45, S. 262.)

VII. **Zimmermann.** *Unrichtige Schlüsse aus Stimmgabelversuchen auf die Funktion des sogenannten Schalleitungsapparats.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 45, S. 377.)

Der Prozentsatz taubstummer Kinder, die aus Verwandtenen stammen, scheint nach Art des Materials äußerst schwankend zu sein. Während Castex (III) sie in 10% der Fälle findet und Nager (IV) bei allerdings kleinem Material noch häufiger, zeigt das Material von Alexander und Kreidl bloß 3.76% Kinder aus Verwandtenen, von denen noch gut die Hälfte die Taubheit erst erworben hat. Chavannes und Hugentobler (III) lassen die Blutsverwandtschaft nur insofern gelten, als sie vorhandene Degeneration summiert. Degenerationserscheinungen irgendwelcher Art sind in der Verwandtschaft Taubstummer außerordentlich häufig (I). Denselben Eindruck hat man von dem sorgfältig dargestellten Material von Nager (IV), das aus einem endemischen Kropflande, Luzern, stammt und in dem schwachsinnige Kinder auffällig vertreten sind.

[Endemische Taubstummheit der Gebirgsländer Castex (III), vergl. auch diese Monatsschrift, Bd. I, S. 489.]

Was den Einfluß der Hörreste auf die Erlernbarkeit der Sprache anbetrifft, zeigt ein Vergleich der Zensuren der von Nager untersuchten Kinder, daß manchem unbegabten Kinde bedeutende Hörreste eine gute Sprache ermöglichen, daß aber, anscheinend wenigstens bei der jetzigen Unterrichtsmethode die Begabung viel wichtiger für die Erlernung der Sprache ist.

Bezold (VI) spricht über die Feststellung der Taubheit eines Ohres, während das andere noch hört. Stimmgabeln von *a*1 aufwärts werden scheinbar selbst vom labyrinthlosen Ohre gehört. In Wirklichkeit handelt es sich um ein Mithören des anderen Ohres, das man eben bei dieser Prüfung nicht ausschließen kann. Tiefer liegende, obertonfreie Stimmgabeln werden nicht gehört. Geht daher bei Ohreneiterung die untere Tonhälfte verloren und zeigt die obere ein abgeschwächtes Bild der gesunden Seite (eventuell mit deren Fehlern), so ist die Diagnose Labyrintheiterung gesichert. Daß die tiefen Stimmgabeln nicht gehört werden, schreibt Bezold dem Umstande zu, daß die tiefen Töne nur durch den schalleitenden Apparat dem gesunden Ohre zugeführt werden können und betrachtet dieses Phänomen als beweisend hierfür, während Zimmermann (VII) (vergl. auch diese Monatsschrift, Bd. 1, S. 487) darauf hinweist, daß seine Schallquellen für höhere Töne sehr viel kräftiger sind, als die für tiefere Töne benützten. Praktisch bleibt der Bezoldsche Versuch von Wichtigkeit.

Hammerschlag (II) hat versucht, ob die degenerativen Taubstummen sich dem Einwirken des elektrischen Stromes gegenüber ebenso verhalten, wie die chinesische Tanzmaus, mit der sie auch Ähnlichkeit in bezug auf die Anatomie des inneren Ohres, nämlich Degenerationserscheinungen in der Schnecke und am Sacculus (s. Oppikofer [V]) haben. Von 22 Fällen degenerativer Taub-

stummheit zeigten alle bis auf einen das typische Verhalten, wie es auch der normale Mensch zeigt, nämlich Bewegung des Kopfes nach der Anode, während erworbene, daher auch in utero erworbene Taubstummheit im allgemeinen die Reaktion aufhebt. Eine scharfe Unterscheidung dieser beiden Gruppen von Taubstummheit gibt diese Reaktion natürlich nicht, da selbstverständlich je nach der Art der erworbenen Taubheit die Bogengänge auch ganz intakt sein können.

Hammerschlag. *Beitrag zur Lehre von Sprachstörungen im Kindesalter.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 45, S. 254.)

Ein 14monatliches Kind, das bereits einzelne Worte sprechen konnte, erkrankt an einem dreistündlichen Krampfanfall. Dies wiederholte sich im Laufe mehrerer Tage. „Noch während der Zeit dieser Anfälle“ leichte Masern. Die Anfälle hatten acht bis zehn Tage gedauert. Schon nach der ersten Attacke lag das Kind unbeweglich im Bette und war unfähig, Arme und Beine zu gebrauchen. Die Sprache stellte sich erst nach dem zweiten, das Laufen erst im dritten Lebensjahre ein, doch lernte das Kind nur einzelne, zum Teil verstümmelte Worte. Mit $5\frac{1}{2}$ Jahren erkennt das Kind alle Gegenstände, führt Aufträge zuverlässig aus, zeigt aber mangelnde Aufmerksamkeit und „nicht gewöhnliche Zutraulichkeit“. Das Gehörvermögen ist normal. Ausführliche Literaturangaben ähnlicher Fälle, Annahme mehrfacher encephalitischer Herde.

Eitelberg. *Spontane Wiederkehr des Hörvermögens in einem Falle von totaler Taubheit post scarlatinum.* (Ibid., Bd. 45, S. 151.)

Zehnjähriges Mädchen, das einen leichten Scharlach mit sehr geringen Komplikationen beider Ohren überstanden hatte, jedenfalls nach zehn Wochen im Besitz normaler Trommelfelle war, verlor (wohl in der zweiten Woche) vollständig das Gehör. Sie wurde jähzornig, mied Spiel mit Kindern und beschäftigte sich nur mit Tieren. Acht Monate nach der Ertaubung wurde bemerkt, daß das Kind Orgeltöne, bald auch Kindergeschrei und gewöhnlichen Lärm merkte. Zwei weitere Monate später mischt sich das Kind plötzlich und energisch in die Unterhaltung. (Hysterie? Der Ref.)

Treitel. *Ein Fall von Urämie mit Taubheit.* (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, Jahrg. 37, Nr. 11, S. 519.)

In der vierten Woche des Scharlachs urämische Krämpfe, danach taub und blind, sechs Tage später Wiederkehr des Gehörs. Bisher einzig beobachteter Fall von urämischer Taubheit.

I. **Grunert.** *Ueber die Ergebnisse der pathologischen und pathologisch-anatomischen Forschung des Mittelohres.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 60, S. 124.)

II. **Suckstorff.** *Die Leukozytenwerte bei den entzündlichen Erkrankungen des Ohres und Schläfenbeines sowie bei den intrakraniellen Komplikationen derselben.* (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Bd. 45, S. 161.)

- III. **Wanner.** *Funktionsprüfungen bei akuten Mittelohrentzündungen.* (Ibid., Bd. 43, S. 61.)
- IV. **Scheibe.** *Zur Aetiologie und Prophylaxe der Nekrose des Knochens im Verlauf der chronischen Mittelohreiterung.* (Ibid., Bd. 43, S. 47.)
- V. **Lewy.** *Ueber die Frühformen der Scharlachotitis und deren Bösartigkeit.* (Ibid., Bd. 44, S. 369.)
- VI. **Haug.** *Ueber Otitis media haemorrhagica im Zusammenhang mit Entwicklung des oberen vorderen Molaris.* (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 59, S. 318.)

Die sonst sehr lesenswerte Arbeit von Grunert (I) fordert in einem Punkte den schärfsten Widerspruch heraus. Er schließt sich den Anschauungen von Ponfick an, daß die Störungen der Verdauungs- und Atmungsorgane sowie die Degenerationserscheinungen an Leber und Niere atrophischer Säuglinge eine Folgeerscheinung der Säuglingsotitis media wären. Um Mißverständnisse zu vermeiden, verstehen wir unter dieser Erkrankung Ansammlung von Eiter im Mittelohr und Antrum bei geringer Schwellung der Paukenschleimhaut ohne Injektion oder mit sehr geringer. Das Trommelfell zeigt normale Gestalt, durch durchscheinenden Eiter schneeweiße oder auch etwas grauer Farbe, wenn es selber verdickt ist, und vereinzelte, gröbere radiäre Gefäße. Daß diese Otitis media klinische Erscheinungen mache, hat noch niemand, auch Hartmann nicht, nachgewiesen. Daß jede andersartige Form von Mittelohrerkrankung beim Säugling häufig vorkommt, ist selbstverständlich und es braucht nicht hervorgehoben zu werden, daß solchen Fällen eine klinische Bedeutung beizumessen ist. (Hartmann und Ref.) Die vorher definierte Erkrankung kachektischer Säuglinge heilt man nur durch Ernährung, nicht durch Parazentese.

Sackstorff (II) will auch bei älteren Personen einen diagnostischen Wert seinen Leukozytenwerten nicht beimessen:

	Leukozytenzahl	
	unter zehn Jahren	über zehn Jahren
Otitis media serosa	13.000	9.300
Otitis media acuta purulenta	20.150	12.900
Mastoiditis ohne intrakranielle Symptome	16.400	12.740
Mastoiditis mit intrakraniellen Symptomen	17.000	16.450

Ausführliche Funktionsprüfungen bei akuten Mittelohrentzündungen ergaben (Wanner III) außer anderem:

1. Die Zahl 5 wird am schlechtesten, 8 und 3 dagegen bei dieser Erkrankung am besten gehört.
2. Die untere Tongrenze ist nicht wesentlich eingeengt.
3. Die obere Tongrenze zeigt teilweise sehr beträchtliche Einengungen.

Bei akuten Mittelohrentzündungen ist daher in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz das innere Ohr mitbeteiligt. Nach der Heilung bleiben oft bedeutende Einengungen der oberen Tongrenze zurück.

Scheibe (IV). Die Nekrose des Knochens bei akuten Mittelohrentzündungen tritt nur ein bei komplizierenden schweren Erkrankungen (Lungentuberkulose, Pyämie, Diabetes, Influenza, Scharlach). Bei chronischen, nicht spezifischen Mittelohrerkrankungen tritt Nekrose nur dann ein, wenn der Eiter faulig zersetzt und am Abfluß gehindert ist, eine Voraussetzung, die meist nur eintritt, wenn die Eiterung durch Cholesteatom kompliziert ist. Der Eintritt der Nekrose läßt sich daher durch sachgemäße Behandlung, in der das Paukenröhrchen eine Rolle spielt, unbedingt verhindern oder, falls es dadurch nicht gelingt, die faulige Zersetzung des Eiters zu vermeiden, demselben durch Operation zuvorkommen.

Abgesehen von der ausführlichen Literaturangabe ist aus der Lewyschen (V) Arbeit nur folgender Fall erwähnenswert, den er im Anschluß an Oskar Wolf (Blausche Enzyklopädie) als prodromale Erscheinung des Scharlachs deutet. Neun Tage vor Ausbruch des Exanthems bei 2jährigem Kinde fieberlose, doppelseitige Otitis media, die auf der einen Seite zwei Tage später die Parazentese erforderte. Kurz vor Ausbruch des Ausschlages Zunahme der Eiterung. Scharlachdiphtherie, Mastoiditis. (Gewaltsame Deutung. D. Ref.)

Bei schwer bleichsüchtigem, 12jährigem Mädchen traten plötzlich unter Eintritt von Schwerhörigkeit Blutung aus dem rechten Ohr, Schmerzen an der Stelle des Zahnfleisches, wo der erste obere Molaris durchbrechen sollte, auf. Die Untersuchung ergab Ekchymosen im äußeren Gehörgang, Hämotympanum dextrum, Hämatom der Durchbruchstelle des ersten Molaris rechts oben. Die Rückbildung der Ohrenerkrankung war eine völlig normale, trotzdem blieb Sausen, Rauschen und Klingen im rechten Ohr bestehen und schwand mit einem Schlage erst, als fünf Wochen später das Hämatom über dem Molarzahn inzidiert wurde. Die Inzision wurde als Stich im Ohr empfunden.

- I. **Eulenstein.** *Ueber Blutungen infolge von Arrosion der Hirnhautleiter bei Eiterungen im Schläfenbein.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 43, S. 29.)
- II. **Sokolowski.** *Bericht über die Klinik des Prof. Dr. Gerber, 1902.* (Ibid., 45. Bd., S. 238.)
- III. **Takabatake.** *Erfahrungen über den Verlauf des pyämischen Fiebers bei der otogenen Sinusphlebitis.* (Ibid., Bd. 45, S. 373.)
- IV. **Derselbe.** *Die Veränderungen an den Sehnervenscheiden bei den otogenen Erkrankungen des Hirns usw.* (Ibid., Bd. 45, S. 224.)
- V. **Freytag.** *Beiträge zur Kasuistik der otischen Pyämie.* (Ibid. Bd. 45, S. 127.)
- VI. **Voss.** *Operation der Sinusthrombose ohne Eröffnung des Antrums nach ausgeheilte akuter Mittelohrentzündung.* (Ibid., Bd. 45, S. 45.)
- VII. **Suckstorff und Henrici.** *Beiträge zur Kenntnis der otischen Erkrankungen des Hirns etc.* (Ibid., Bd. 44, S. 149.)

- VIII. **Grüning.** *Bemerkungen über Sinusthrombose mit drei neuen Fällen. Nach Bericht von Röpke.* (Ibid., Bd. 44, S. 98.)
- IX. **Hansberg.** *Kasuistische Mitteilungen.* (Ibid., Bd. 44, S. 232.)
- X. **Grunert und Schulze.** *Jahresbericht über die Tätigkeit der königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. d. Saale.* (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 59, S. 169.)
- XI. **Schulze.** *Ueber die Gefahren der Jugularisunterbindung und des Sinusverschlusses bei der otogenen Sinusthrombose.* (Ibid., Bd. 59, S. 216.)
- XII. **Grunert.** *Zur Frage der Grenzen der Operationsmöglichkeit otogener Sinusthrombosen.* (Ibid., Bd. 59, S. 70.)
- XIII. **Deuker.** *Zur operativen Behandlung der intrakraniellen Komplikationen nach akuten und chronischen Mittelohreiterungen.* (Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. 43, S. 13.)
- XIV. **Voss.** *Zwei Schläfenlappenabszesse.* (Ibid., Bd. 44, S. 175.)
- XV. **Gerber.** *Ueber Labyrinthnekrose.* (Archiv. f. Ohrenheilk., Bd. 60, S. 16.)
- XVI. **Kobrak.** *Zur Pathologie der otogenen Pyämie.* (Ibid., Bd. 60, S. 1.)

Der folgende Sammelbericht über die tiefer gehenden Erkrankungen nach Mittelohrentzündung bezieht sich nur auf die in diesen Arbeiten verstreuten Fälle aus dem Kindesalter. Zunächst sei hervorgehoben, daß nur 54⁰/₀ aller Fälle von akuter Mastoiditis der Gerberschen Klinik (II) zur Operation kamen. Die übrigen heilten unter konservativer Therapie, namentlich Applikation von Eis. Wie schon aus früheren Arbeiten aus der Schwarzschen Klinik hervorgeht, gibt das Vorhandensein oder Fehlen von Stauungspapille (IV) keinen Anhaltspunkt für die Art der intrakraniellen Komplikation. Bei mehrfachen tritt sie häufiger auf als wenn nur eine besteht. Sie fehlt meist bei diffuser eiteriger Meningitis. Sie kann nach der Operation noch zunehmen, ja sogar entstehen, ohne daß sie in allen Fällen einen diagnostischen Anhaltspunkt böte. Den ersten Grad von Komplikationen nach Mittelohrerkrankung stellen die perisinuösen Abszesse dar (II, Fall H. L., VII, Fall 59, 61, 62). Sie können durch Höhe des Fiebers, ja sogar durch leichte Herabsetzung des Intellekts tiefergehende Erkrankungen vermuten lassen. Sie treten nach akuten Fällen schon mitunter nach 14 Tagen bis 3 Wochen auf. Auch sie können zu Pyämie führen (X, Fall 2). Auch ohne Erkrankung des Sinus kann es zur Pyämie kommen, eine namentlich von Körner scharf vertretene Ansicht. Einen Fall der Art, der durch Operation des Warzenfortsatzes ohne Bloßlegung des Sinus geheilt wurde, teilt Freytag mit (V, Fall 1). Dergleichen Fälle sind deswegen von besonderer Wichtigkeit, weil sie erlauben, nach Entfernung des Krankheitsherdes erst einmal den Erfolg der Operation abzuwarten, da im Anschluß an unfreiwillige Bloßlegung des Sinus mitunter sekundäre Thrombosen beobachtet worden sind. Klinisch von äußerstem Inter-

esse sind anderseits Fälle, in denen Sinusthrombose und schwere Pyämie erst nach Abheilung der Ohrenaffektion eintrat. Die Diagnose wurde in 2 Fällen (VI) durch geringe Schmerzhaftigkeit hinter dem Warzenfortsatz und sehr geringe Schwellung ermöglicht und wurde in einem Falle noch durch Fehlen des Venengeräusches unterstützt, im 3. Falle (IX, Fall 5) bestand nur eine leichte Drüsenschwellung unterhalb des linken Warzenfortsatzes. 9 Tage nach Beginn der Pyämie. 2 Tage vor Beginn derselben war der Warzenfortsatz selber schmerzhaft gewesen. Als dann am 10. Tage leichte schmerzhaftige Schwellung hinter dem Warzenfortsatz auftrat, entschloß man sich zur Operation. Operativ bieten die Fälle insofern Interesse, als Voss (VI) den Sinus direkt ohne Eröffnung des Antrums angreift. Während nun Schulze (XI) die Gefahren des plötzlichen Verschlusses von Jugularis und Hirnleiter (Toma, Erweichungsherde im Gehirn) darlegt, die namentlich dann eintreten können, wenn die Blutabflußwege der anderen Seite außergewöhnlich eng sind, rettete Grunert (XII, Fall 1) ein 14jähriges Kind mit Cholesteatom, septischer Sinusthrombose und ausgedehnter Thrombose der Jugularis, die bis zum Eintritt der Vene in die Anonyma reichte, durch Unterbindung der Jugularis hart an der Subklavia. Bei einem anderen an Pyämie leidenden Kinde wurde von eben demselben (XII, Fall 2), bei einem 15jährigen Knaben der ganze Sinus transversus bloßgelegt. Erst nach Eingehen mit dem scharfen Löffel durch das Torkular hindurch nach dem Sinus transversus der anderen Seite ergoß sich nach Ausräumung reichlicher, zerfallener Thrombusmassen ein venöser Blutstrom. Nach Auftreten einer einzigen Metastase ging das Kind in Heilung über. Nebenbei seien 2 Fälle (I und V, Fall 3) erwähnt, die das Gemeinsame haben, daß der bloßgelegte Sinus spontan rupturierte, in einem Falle bei Eröffnung eines perisinuösen Abszesses, im anderen einige Tage nach Ausräumung des Warzenfortsatzes. Beide Fälle waren die Folge von nekrotisierender Scharlach-Mastoiditis. Fall 1 ist speziell durch operative Stillung der lebensbedrohenden Blutung von erheblichem chirurgischen Interesse.

Die operativen Erfolge bei otogener Pyämie sind im allgemeinen nach diesen Berichten selbst in recht verzweifelten Fällen günstige, doch treten nach der Operation meist noch einige pyämische Anfälle (s. auch XVI, Fall 2) auf. Außer dem Sinus kann in Fällen, wo der Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle hineinreicht (Trautmannsche Fälle) auch dieser Punkt der Venenbahn der Entstehungsort der Thrombose werden (VIII). Kobrak (XVI) züchtete aus einem Thrombus der Vena jugularis in 2 Fällen von otogener Pyämie eine Proteusart, die durch das Blut der betreffenden Patienten agglutiniert wurde. Der Fall von Labyrinthnekrose (XV) 4 Jahre nach Scharlach ist nur durch die Vollständigkeit der Sequestrierung des ganzen inneren Ohrgehäuses bemerkenswert.

Der Fall 2 von Denker (XIII), ein zehnjähriger Knabe, litt an einer chronischen, doppelseitigen Mittelohreiterung. Da linksseitig der Fötör nicht zu beseitigen war, wurde zur Radikaloperation

geschritten (siehe Indikation von Scheibe, Ref. in dieser Zeitschrift) und hiebei gleichsam zufällig bei Abtragung des Tegmen autri ein 10 cm³ Eiter enthaltender extraduraler Abszeß entleert. Fistel in horizontalem Bogengang, bei Sondierung derselben Drehung des Kopfes nach der anderen Seite. 6 Monate später unter schweren Allgemeinerscheinungen und verlangsamtem Pulse neue Erkrankung der anderen Seite. Bei der Radikaloperation wurde durch Verfolgung einer Wegeleitung am Tegmen autri die mittlere Schädelgrube freigelegt und durch Punktion ein taubeneigroßer Abszeß entleert. Heilung. Außer dem Druckpuls und anderen allgemeinen Symptomen hatte ein Schläfenlappenabszeß mit 70 bis 80 cm³ Inhalt bei einem siebenjährigen Kinde keine Lokalerscheinungen gemacht. Erst am Tage der Operation erweiterte sich die gleichnamige Pupille ad maximum und zeigte sich beginnende Neuritis optica. Kein Fieber. Heilung.

Akute Mittelohrentzündung bei elfjährigem Mädchen (IX, Fall Maria St.). Parazentese am 4., schweres Krankheitsbild erst am 12. Tage. Operation am 14. Tage, deckt nur eine Sinusthrombose auf. Tod am 15. Tage. Eiterige Meningitis. Mächtiger Kleinhirnsabszeß. Konnte in diesem Falle an einen Abszeß gar nicht gedacht werden, so wurde im Falle Bertha T. ein otogener Schläfenlappenabszeß vermutet, in typischer Form gesucht, an der richtigen Stelle punktiert, ja sogar mit der Sonde nachgegangen, wegen der Zähheit des Eiters derselbe jedoch nicht gefunden. Gleichfalls keine Lokalsymptome, außer geringer Verwaschenheit der gleichnamigen Papille hatte ein Schläfenlappenabszeß (XIV, Fall Rudolf K.) gemacht, der etwa ein halbes Bierglas brauner, schaumiger, stinkender Flüssigkeit enthielt. Derselbe war nach vierjährigem chronischen Ohrenleiden 7 Tage vor der Operation mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Fieber in Erscheinung getreten. Erbrechen und Fieber bestanden bloß 1 Tag, dagegen rasende Stirnkopfschmerzen blieben bestehen. Temperatur 37.5, Puls 58. Glatter Ausgang in Heilung.

Grimmer. *Beitrag zur Pathologie und Diagnose der tuberkulösen Mittelohrentzündung.* (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Bd. 44, S. 101.)

Poli. *Die endokranielle Ausbreitung der otitischen tuberkulösen Prozesse.* Nach Braunstein. *Verhandlungen der otologischen Sektion des Kongresses zu Madrid.* (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 60, S. 107.)

Schulze. *Ohreneiterung und Hirntuberkel.* (Ibid., Bd. 59, S. 110.)

Grunert und Schulze. *Jahresbericht der königlichen Universitäts-ohrenklinik zu Halle.* (Ibid., Bd. 59, S. 194.)

Konietzko. *Ein anatomischer Befund von Mittelohrtuberkulose.*

Auf Grund von 19 genau untersuchten Fällen von Knochen-erkrankungen im Gebiet des Mittelohres erwiesen sich Grimmer fünf Fälle als tuberkulös. Er kommt zu Schlüssen, von denen uns hier folgendes interessiert. Das Fehlen von Schmerzen im Ohr, frühe, ausgedehnte Knochenerkrankungen, frühe Facialis-

lähmung, multiple Perforationen, blasse, schlaffe Granulationen, Warzenfortsatzfisteln, vergrößerte Warzenfortsatzdrüse weisen mit um so größerer Wahrscheinlichkeit auf die tuberkulöse Natur der Erkrankung hin, je jünger das Kind ist. Aus den Krankengeschichten: Fall 1: Bei einem fünfmonatlichen Kinde bestand, abgesehen von ausgedehnter Zerstörung des linken Schläfenbeines eine kontinuierlich von tuberkulös veränderten adenoiden Wucherungen durch die Tuba sich fortsetzende tuberkulöse Erkrankung der Mittelohrschleimhaut und des unperforierten Trommelfells. Drei Fälle (3 bis 5) im Alter von 5 Monaten, 3 Jahren und 8 Jahren wurden durch Operationen geheilt. Keine interkraniellen Komplikationen.

Poli sieht in dem inneren Blatte der Dura einen sicheren Schutzapparat gegen das Fortschreiten tuberkulöser Erkrankungen auf das Hirn. Gleichzeitig bestehende tuberkulöse Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute sind auf Verschleppung durch den Blutweg zu beziehen.

Der von Grunert und Schulze und Konietzko beschriebene Fall eines 2 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben zeigte als einzige ältere tuberkulöse Erkrankung die Erkrankung des Schläfenbeines. Tod an Meningitis tuberculosa. Auch hier keine direkte Fortsetzung der Erkrankung durch die Dura.

Schulze schildert an der Hand einzelner Fälle die Schwierigkeit der Diagnose einer tuberkulösen Hirnerkrankung neben einer Ohrerkrankung. Ein Teil der Schwierigkeiten fällt weg, sobald man überhaupt an die Möglichkeit denkt. Namentlich der Fall Ida Hirschfeld (8 Jahr alt) ist in dieser Beziehung lehrreich. Gewöhnliche eiterige Otitis media, multiple Hirntuberkel, von denen ein Herd im Kleinhirn besondere Erscheinungen gemacht hatte, während anderseits die Parese des linken Armes den Verdacht auf einen Schläfenlappenabszeß richtete.

Cuvillier. *Die Behandlung der adenoiden Wucherungen während des ersten Lebensjahres nach Braunstein.* (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 60, S. 121.)

Potapow. *Die dritte Mandel im Säuglingsalter.* (Wratschebnaja Gaseta.)

Kantorowitsch. *Zur Kasuistik von Enuresis nocturna durch Entfernung adenoider Vegetationen nach Referat von Sacher.* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 45, S. 294.)

Brühl und Nawratzki. *Rachenmandel und Gehörorgan der Idioten.* (Ibid., S. 105.)

Takabatake. *Beiträge zur Kenntnis der adenoiden Kachexie.* (Ibid., Bd. 44, S. 384.)

Reinhard. *Ueber gleichzeitigen Befund von Fremdkörpern der Nase bei adenoiden Vegetationen.* (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 60, S. 35.)

Streit. *Beobachtungen aus dem Krankheitsgebiete des Nasenrachens-
raumes etc.* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 45, S. 345.)

Cuvillier und Potapow weisen auf die Häufigkeit der Adenoiden und deren ernste Bedeutung für die Ernährung des Säuglings hin. Während Potapow vor dem fünften Monat nicht operieren will, operiert Cuvillier jederzeit, u. zw. mit der Zange, im Falle ein Verdacht vorhanden ist, und benutzt die Operation zugleich zur Stellung der Diagnose. (Portela und Cuvillier gegenüber möchte Referent darauf hinweisen, daß die Digitaluntersuchung mit nicht zu dickem Finger nach dem fünften Monate, aber auch früher, meistens gelingt, andernfalls gibt wenigstens das Gefühl beim Hochdrücken des Gaumensegels mit einiger Sicherheit das Vorhandensein eines Polsters an.)

Brühl und Nawratzki haben an dem großen Material der Dalldorfschen Anstalt festgestellt, daß Hypertrophien der Rachen- und Gaumenmandeln, pathologische Trommelfälle und Schwerhörigkeit höheren Grades bei Idioten sich viel häufiger vorfinden als bei Schulkindern, ja sogar mehr pathologische Trommelfellbefunde als bei Taubstummen. Die nasale Aproxie hat jedoch für den Idioten auch keine höhere, durch Wegfall der subjektiven Empfindlichkeit sogar geringere Bedeutung als bei geistig normalen. Die Entfernung der Nasenrachenmandeln bewirkt bei beiden nichts anderes als eine leichtere geistige Entwicklung innerhalb des einmal gesteckten Rahmens der Befähigung und bringt daher verhältnismäßig selten Nutzen. Die Heilung von Enuresis nocturna durch Adenoidenentfernung wird wohl von niemand anders als eine Suggestionwirkung aufgefaßt werden, die in geeigneten Fällen gewiß recht praktisch ist. (Kautorowitsch).

Reinhard rät, jedes Kind mit Fremdkörpern in der Nase auf Adenoide zu untersuchen. Er sieht in der Sucht, Fremdkörper in die Nase zu stecken, direkt ein Symptom dieser Krankheit.

Takabatake hat an 12 Fällen von Kindern Blutuntersuchungen vor und 28 Tage nach der Operation angestellt. Konform mit einer durchschnittlich über 800 g betragenden Körpergewichtszunahme fand sich eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes von 47.58 % auf 52.33 % (nach Gower-Sahli). Die weißen Blutkörperchen hatten abgenommen, u. zw. auf Kosten der Lymphozyten und mononukleären Leukozyten, während eosinophile und polynukleäre neutrophile Zellen zunahmen. Unter 50 derartigen Kindern fand sich keines mit orthotischer Albuminurie.

Aus der Serie der Nasenrachengeschwülste von Streit seien zwei Fälle, Kinder betreffend, hervorgehoben. Fall 5: Bei einem zehnjährigen, seit zwei Jahren kranken Knaben veranlaßte das derbe Aussehen des in der Nase gelegenen Teiles eines großen ödematösen Fibroms des Nasenrachensraumes und die Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen den Verdacht eines Sarkoms, während bei einem 13jährigen Knaben ein Nasenrachensfibrom diagnostiziert wurde. Die Operation förderte Tumormassen zutage, die ganz das Aussehen und den mikroskopischen Bau von

Adenoiden hatten. Erst die mikroskopische Untersuchung der in einer zweiten Sitzung entfernten Geschwulstteilchen ergab die Diagnose Lymphosarkom. Schnelles Rezidiv. Auf Grund dieses Falles wird darauf hingewiesen, zu welchen Irrtümern die mikroskopische Untersuchung von durch Kurettement gewonnenen Stückchen auch auf diesem Gebiete führen kann.

- I. **Bloch.** *Der hohe Gaumen.* (Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 44, S. 1.)
- II. **Beutzen.** *Beitrag zur Actiologie des hohen Gaumens.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 14, Heft 2, S. 203.)
- III. **Bukofzer.** *Beitrag zur nasogenen Reflexneurose des Trigeminus und über einen Ersatz des diagnostischen Kokainexperiments.* (Ibid. Bd. 14, Heft 3, S. 500.)
- IV. **Haug.** *Ueber die Beeinflussung gewisser subjektiver Ohrrerscheinungen durch Behandlung der genitalen Sphäre der Nase.* (Monatsschrift f. Ohrenheilk., Jahrg. 37, Nr. 3, S. 96.)
- V. **Boyé.** *Beiträge zur intranasalen Vaporisation.* (Ibid. Jahrg. 37, Nr. 6, S. 213.)
- VI. **Trautmann.** *Zur Frage der Beziehungen zwischen Nase und Genitalien.* (Ibid. Jahrg. 37, Nr. 4, S. 129.)
- VII. **Deile.** *Lipoma tonsillae palatinae.* (Archiv. f. Laryngologie, Bd. 14, S. 399, Heft 2.)
- VIII. **Finder.** *Ein weiterer Beitrag zu den Lipomen der Gaumenmandel.* (Ibid. Bd. 15, Heft 1, S. 159.)
- IX. **Hopmann.** *Drei Fälle von Mandelpolyp.* (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, Jahrg. 37, Nr. 1, S. 27.)
- X. **Zolki.** *Ueber ein kongenitales Fibrolipom an der Gaumentonsille.* (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. 44, 3. Heft, S. 222.)
- XI. **Reitmann.** *Ueber das Vorkommen von Knorpel und Knochen in den Gaumentonsillen.* (Ibid. Jahrgang. 37, Nr. 8, S. 321.)
- XII. **Conrad.** *Ueber den heutigen Stand der Kenntnis der Vincent'schen Angina.* (Archiv f. Laryngologie, Bd. 14, Heft 3, S. 525.)
- XIII. **Hertz.** *Ein Fall von akuter Pharyngotuberkulose bei einem 6jährigen Kinde.* (Ibid., Bd. 14, Heft 3, S. 576.)
- XIV. **Streit.** *Ueber das Vorkommen des Skleroms in Deutschland.* (Ibid. Bd. 14, Heft 2, S. 257.)
- XV. **Fischer.** *Die Endresultate der Intubation des Larynx.* (Ibid. Bd. 14, Heft 3, S. 430.)
- XVI. **Pieniązek.** *Eigene Kasuistik der inspirierten Fremdkörper etc.* (Monatsschr. f. Ohrenheilk., Jahrg. 37, Nr. 12, S. 529.)
- XVII. **Baurowicz.** *Angeborener, doppelseitiger Verschuß der vorderen Nasenöffnungen.* (Arch. f. Laryngologie, Bd. 15, Heft 1, S. 161.)

Die an großem Material angestellte Untersuchung von Bloch und Beutzen (I und II) ergibt, daß in der Tat eine Beziehung

zwischen hohem Gaumen und Adenoiden besteht, insofern als der Gaumen bei Mundatmern höher wird. Weniger ausgesprochen ist dieser Unterschied beim Kinde. Säuglingsuntersuchungen liegen nicht vor. Mit dem Siebenmannschen Instrumente gemessen, macht ein Gaumen mit dem Index 50, bei Erwachsenen mit dem Index 58 ($\frac{\text{Höhe}}{\text{Breite}} 100$) den Eindruck eines hohen. Schmalgesichter haben durchschnittlich einen höheren Gaumen als Breitgesichter, daher haben auch bei Mundatmung die Leptoprosopen besonders hohe Gaumen.

Ein 14jähriges Mädchen (Bukofzer, III) litt seit seinem achten Jahre an linksseitigem heftigen Tic convulsif, der durchschnittlich alle vier Sekunden auftrat. Endonasale galvanokaustische Eingriffe hatten den Tic nicht beeinflußt. Nach Aufpinselung von Adrenalin (1:2000) auf die Nasenschleimhaut hörte der Tic auf und kehrte während der Dauer der Beobachtung (15 Tage) nicht wieder. Es sei im Anschluß an diesen Fall kurz erwähnt, daß Reflexe von dem vorderen Ende der Muschel und dem Tuberculum sept. schwere Trigemini-Neuralgien (III), subjektive Ohrgeräusche (IV) hervorbringen sollen, daß jedenfalls durch Kokainisierung, bzw. Betupfen mit Adrenalin der betreffenden Stellen (Genitopetale Stellen nach Fliess) die Beschwerden gelindert und durch Operation geheilt werden können. Man wird wohl Trautmann (VI) zustimmen müssen, daß zu derartigen Reflexen ein abnormer Allgemeinzustand gehört. Bei der traurigen Prognose der Ozaena (V) interessiert es zu wissen, daß die intranasale Vaporisation mit gutem Erfolge von Berthold und Boyé angewendet wurde. Eine Anzahl Fälle von Mandelpolypen sind veröffentlicht worden (VII, VIII, IX) teils Fibrome, teils Fibro-Lipome, teils Lipome. Daß derselbe angeboren vorkommen kann, beweist der Fall Zolki (X). Reitmann (XI) fand in 34% aller untersuchten Mandeln jedes Lebensalters kleine Knorpelherde, die wohl den Ausgang für Geschwülste gelegentlich geben können.

Der angeborene Nasenverschluß (XVII) bestand in einem derben Membran bei vollständig wohlgebildeter Nase 1 bis 2 mm hinter dem Orificium externum. Operation mit dem Thermokauter und Nachbehandlung mit Aschsen Nasenröhrchen.

Conrads Aufsatz über die Vincentsche Angina (XII) möchte Referent hervorheben, trotzdem diese Krankheit bisher im Kindesalter noch nicht sichergestellt ist. Da Referent glaubt, einen solchen Fall beobachtet zu haben, und es auf der Hand liegt, daß derselbe mit Diphtherie und Lues in der Praxis leicht verwechselt wird. Die leichten Formen zeigen unter Blutung leicht abhebbare Membran. In schweren Fällen gesellt sich Nekrose des darunterliegenden Zellgewebes dazu, so daß kraterförmige Geschwüre entstehen. Außer den Tonsillen ist öfters auch das Gaumensegel befallen, in schweren Fällen tritt eine ulzeröse Stomatitis dazu. Bei bakteriologischer Untersuchung finden sich regelmäßig zwei Mikroben: 1. ein durch Thionin und Karbolfuchsin färbbarer, nach

Gram sich entfärbender, spindelförmiger Bazillus, der in der Mitte meist eine Vakuole zeigt und Geißelfäden besitzt, 2. eine sehr lebhaft Spirille, ähnlich der Spirochaete des Zahnbelags, die sich am besten mit Genvianaviolett färbt.

Der äußerst seltene Fall von Pharynx tuberkulose bei einem 6jährigen Kinde (XIII) verlief in sechs Monaten tödlich durch sekundäre Lungenerkrankung. Der Anfang war so akut, daß ärztlicherseits Diphtherie vermutet wurde. Charakteristisch sind bei dieser Erkrankung die starken Schluckschmerzen. Fieber kann in jeder Form vorhanden sein oder fehlen. Bei sorgfältiger Betrachtung sind miliare Knötchen und daraus entstandene kleine Geschwüre wahrzunehmen, auch zu einer Zeit, wo größere, konfluierende, mit grauweißem Belag bedeckte Geschwüre die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Streits Arbeit (XIV) erinnert daran, daß wir in Deutschland zwei Skleromherde haben, einen in Ostpreußen, den anderen im Neisser Gebiet.

Fischer (XV) hat die früher von ihm intubierten Kinder aus Spital- und Privatpraxis zusammengestellt. Es ergibt sich daher aus der Arbeit nichts über die Zahl der der Diphtherie erlegenen intubierten Kinder. Der Tubus blieb durchschnittlich $9\frac{1}{2}$ Tage liegen. Als Tubus diente ein glatter Hartgummitubus, der im Fall von Retained Tubes mitunter in eine 3%ige Ichthyol-Alaun-Glyzerinlösung getaucht wurde. In diesen Fällen rät Fischer, den größtmöglichen Tubus einzuführen und 3 bis 5 Wochen in situ zu lassen. Von der Extubation gibt er stets Chloralhydrat oder Brom. Schlußfolgerungen: Alle Kinder der Statistik, welche genasen, waren brustgenährt. Eine gut passende Gummiröhre verursacht keinerlei chronische Entzündungen, welche auf das Tragen der Tube zurückzuführen wären. Nie waren chronische Lungenleiden im Anschluß an die Intubation eingetreten oder die Entwicklung des Thorax gehemmt worden. 90% der Spitalranken zeigten chronische Halskrankheiten wie hypertrophierte Tonsillen, chronische Pharyngitis oder adenoide Wucherungen. Diese Veränderungen sind daher für die Entstehung der Infektion mitverantwortlich zu machen.

Fremdkörper in den tieferen Luftwegen werden zu 10% spontan expektoriert (XVI). Während die Anwesenheit eines solchen in der Lunge lange Zeit oft vertragen wird (ein Knabe trug einen Bleistift sieben Jahre lang im rechten Bronchus) führte er in einem Falle schon am zweiten Tage zur Pneumonie (Fall 1, 6jähriges Mädchen).

Von physikalischen Erscheinungen bei Kindern sind angegeben: Fall 4, $2\frac{1}{2}$ jähriger Knabe. Bohne im rechten Bronchus. Nur bei tieferen Atemzügen Stenosengeräusch beim Inspirium. Atemgeräusch auf der ganzen rechten Seite schwächer als auf der linken, am Oberlappen aber noch schwächer.

Fall 5. 13 Monate altes Mädchen. Bei Atmung nur Erweiterung der linken Thoraxhälfte, rechts nur Spuren von Erweiterung. Trotzdem lautes Stenosengeräusch rechts. Der Fremd-

körper verstopfte ganz den rechten Bronchus, so daß bei der Sektion sich dieser Lungenlappen luftleer zeigte. Abgesehen von zwei Todesfällen, genasen alle 17. Die Extraktion wird bei Kindern erfolgreich nur durch die Tracheoscopia inferior ausgeführt werden können.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

H. Pfister. *Zur Anthropologie des Rückenmarkes.* (Neurolog. Zentralbl. 1903, Nr. 16 u. 17.)

Verf. berichtet über Messung und Wägung von Kinderrückenmarken unter vergleichender Berücksichtigung der Hirngewichte, der Körpergewichte und -Längen. Das Resultat ist im wesentlichen folgendes:

1. Das Rückenmark der Knaben ist auf allen Altersstufen durchschnittlich schwerer und länger als das der Mädchen.

2. Im Verhältnis zum Gehirn ist das Rückenmark der Knaben von Geburt an leichter als das der Mädchen. Bei gleichalterigen Kindern desselben Geschlechtes entspricht durchschnittlich einem schwereren Gehirn auch ein schwereres Rückenmark. Im Laufe des Lebens verschiebt sich das Verhältnis Rückenmarksgewicht:

Hirngewicht derart, daß der Quotient $\frac{R}{H}$ von weniger als $\frac{1}{110}$ beim Neugeborenen, auf etwa $\frac{1}{50}$ beim Erwachsenen ansteigt, welche letztere

Zahl bekanntlich immer noch durch eine weite Kluft von den Verhältniszahlen aller, auch der diesbezüglich menschenähnlichsten Tiere, getrennt ist. Es wird also mit zunehmendem Alter das Rückenmark im Verhältnis zum Gehirn immer schwerer.

3. Das mittlere Rückenmarksgewicht (bei der Geburt 3.0 bis 3.4 g betragend) nimmt im Laufe der extrauterinen Entwicklung bis ungefähr zum Achtfachen (= 27 bis 28 g) zu, u. zw. ist besonders in den beiden ersten Jahren das Wachstum ein äußerst starkes und wird späterhin in gleichen Zeiten immer geringer.

4. Beim Neugeborenen entsprechen einem Gramm Rückenmark im Mittel 14 cm Körperlänge. Mit zunehmendem Alter trifft immer weniger Körpergröße (beim Erwachsenen nur noch etwa 6.2 cm) auf die gleiche Quantität Rückenmark.

Im Verhältnis zur Körpergröße haben die Knaben durchschnittlich ein etwas schwereres Rückenmark als die Mädchen.

5. Die mittlere Länge des Rückenmarkes, beim Neugeborenen etwa 14 cm betragend, nimmt extrauterin bis zum gut Dreifachen ihres Anfangswertes (= 45 bzw. 43.7 cm) zu. Diese Längenzunahme erfolgt von vornherein relativ langsam, die in den ersten Lebensjahren stattfindende starke Gewichtsvermehrung beruht demnach mehr auf einem Dicken- als Längenwachstum des Organs.

6. Beim Neugeborenen beträgt die Rückenmarkslänge im Mittel 29·5% der Körperlänge, sinkt dann anfangs langsam, vom Ende des 1. Jahres sehr rasch auf 26 bis 25% (vielleicht vorübergehend sogar noch tiefer), welche Zahl schon dem Verhältnis von Rückenmarks- und Körperlänge beim Erwachsenen ungefähr entspricht.

Thiemich (Breslau).

L. Beretta. *Ueber arteriellen Blutdruck bei gesunden Kindern verschiedenen Alters und insbesondere über das Verhalten desselben bei an Bronchopneumonie und Pneumonie leidenden Kindern.* (Clin. med. ital., 1903, Nr. 2.)

Die Untersuchungen wurden im Jahre 1902 in der Kinderklinik zu Bologna ausgeführt. Verf. behauptet, daß er mit seiner Arbeit die Anwendung der Sphygmomanometrie bei Kindern einleite. In Wirklichkeit wurde der Sphygmomanometer in der Florenzer Kinderklinik, wie auch aus des Referenten Arbeit über Pulsveränderung hervorgeht, schon von vielen und in großem Maßstabe angewendet. Verfs. Resultate stimmen mit denen des Referenten überein.

Bei gesunden Kindern ergaben sich mit dem Sphygmomanometer Riva-Rocci folgende Werte:

12monatliche	Kinder	54 bis	87 mm	im Durchschnitt	76 mm
4jährige	"	75	" 104	" "	89 "
5 bis 7 "	"	88	" 110	" "	98 "
8 " 9 "	"	93	" 120	" "	105 "
10 " 13 "	"	96	" 135	" "	120 "

Dotti (Florenz).

Dunn. *Observations on the Jodine reaction in childhood.* (Bemerkungen über die Jodreaktion der Leukozyten bei Kindern.) (Boston Med. and Surg. Journ., 5. November 1903.)

Die Reaktion ist konstant vorhanden bei Pneumonie, Zerebrospinalmeningitis, Influenza, Empyem, Eiterungsprozessen im allgemeinen; auch in den meisten Fällen von Abdominaltyphus und Miliartuberkulose. Sie fehlt konstant bei seröser Pleuritis, Dyspepsien, Rachitis, Rheumatismus, angeborenen Herzfehlern, Chorea; meist auch bei erworbenen Herzfehlern, Nephritis, Tuberkulose.

Wachenheim (New-York).

D. Crisafi. *Sul potere ossidante del liquido cerebrospinale di bambini malati.* (Ueber die oxydierende Fähigkeit der Zerebrospinalflüssigkeit bei kranken Kindern.) (Rivista di Clinica ped. 1903, H. 12.)

Verf. hat den Gehalt an freiem Sauerstoff in der Zerebrospinalflüssigkeit studiert und als Indikator das Wurstersche Tetramethylparaphenylendiamin-Papier verwendet. Verf. ist geneigt, die Oxydierungsreaktion mehr dem Sauerstoff als speziellen Enzymen zuzuschreiben.

Diese oxydierende Wirksamkeit ist:

- a) je nach den Individuen eine verschiedene;
- b) variiert je nach den Individuen während derselben Krankheit;
- c) scheint in den schwereren Krankheitsformen größer zu sein und mit der Besserung einiger Krankheitserscheinungen abzunehmen.

D o t t i (Florenz).

Nobécourt und Voisin. *Les chlorures du liquide cephalo-rachitique dans divers états pathologiques et en particulier dans les broncho-pneumonies infantiles.* (Archives général. de medecine. Nr. 48. 1903.)

Normaler Weise beträgt der Kochsalzgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit ca. 7.4 g pro Liter. Er sinkt bei tuberkulöser Meningitis um ca. 1 g; ebenso war eine Verminderung des Kochsalzgehaltes in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Bronchopneumonien von Kindern in fast allen Fällen zu konstatieren.

Steinitz (Breslau).

Leo Langstein. *Zur Kenntnis der Zerebrospinalflüssigkeit in einem Falle von chronischem Hydrozephalus.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 58, Heft. 6.)

An der intra vitam in großer Menge gewonnenen Flüssigkeit hat Verf. einige noch schwebende Fragen zu lösen versucht.

Erstens fand er den Kaliegehalt nicht so hoch, wie er beim akuten Hydrozephalus von Schmidt gefunden wurde, und bestätigt Salkowskis Annahme, daß dies differentialdiagnostisch von Wert sei.

Zweitens fand er sowohl Albumin als Globulin, aber keine Albumosen.

Drittens ergab sich bei der Untersuchung der reduzierenden Bestandteile, daß neben dem sicher vorhandenen Traubenzucker vielleicht Galaktose in der Zerebrospinalflüssigkeit ist. Wenigstens erhielt Verf. durch vorsichtige Oxydation einen Körper, den er als Schleimsäure, ein charakteristisches Oxydationsprodukt der Galaktose, anspricht. Ueber die Form, in der dieselbe vorhanden war, ließ sich nichts ermitteln.

Thiemich (Breslau).

Th. Frölich. *Ueber die Bildung der Harnsäure unter normalen und pathologischen Verhältnissen, mit besonderer Rücksicht auf das Kindesalter.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1903, S. 1040.)

Verf. bespricht zuerst die Bedeutung der Harnsäure für den Stoffwechsel der verschiedenen Tierklassen und gibt eine Uebersicht über die experimentellen und klinischen Untersuchungen, die betreffs der Bildung der Harnsäure angestellt sind.

Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Krankheiten (Infektions-, Blut- und Stoffwechselkrankheiten etc.), in denen das Verhalten der Harnsäure von besonderem Interesse ist, erwähnt Verf. die Untersuchungen, die speziell das Kindesalter angehen, während er dem Harnsäureinfarkt eine mehr eingehende Aufmerksamkeit widmet.

Frölich (Christiania).

C. Wischmann. *Ein Fall von Menstruatio praecox.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1903, S. 306.)

Die Beobachtung betrifft ein Kind, welches am 4. September 1899 geboren war und am 24. Februar 1901, also noch nicht 18 Monate alt, zum erstenmal menstruelle Blutung von dreitägiger Dauer bekam.

Nachstehende Tabelle gibt die folgenden Blutungen an:

2. Mal	am	27. April 1901	von	10	tägiger	Dauer
3. „	„	ultimo Juni	„	5—6	„	„
4. „	„	23. August	„	?	„	„
5. „	„	15. Oktober	„	4—5	„	„
6. „	„	ultimo November	„	4—5	„	„
7. „	„	Weihnacht	„	4—5	„	„
8. „	„	22. Jänner 1902				
9. „	„	25. Februar	„			
10. „	„	1. April	„			
11. „	„	18. Mai	„			
12. „	„	24. Juni	„			

Das Kind zeigte keine rachitischen Symptome; das Zahnen, Gehen und Sprechen wich von der Norm nicht ab. Es war hellblond, groß, mit selten kräftiger Körperentwicklung.

Am 23. August 1901 wurden einige Messungen ausgeführt, und Verf. teilt folgende Zahlen mit:

	Körperhöhe	95 cm	(Mai 1902 105 cm)
Maß um die Hüften	59 „	(„ „ 66 „)	
„ „ den Schenkel	33 „		
Umfang des Kopfes		(„ „ 51 „)	

Uebrigens war eine starke Entwicklung der Mamma zu bemerken; sie waren apfelgroß mit deutlich fühlbarer Drüsensubstanz. Mons Veneris und Labia majora waren stärker entwickelt als dem Alter entsprechend. Nicht starker, aber deutlicher Haarwuchs am Mons Veneris, in den Axillen und an den Areolae Mammae. Erythema pudoris trat auffallend rasch auf und war sehr intensiv.

Die letzten Tage vorher und die ersten Tage nach dem Anfang der Blutung war das subjektive Befinden deutlich nicht gut. Das Kind wurde weinerlich und müde, wollte gern im Bett liegen und schlief sehr unruhig.

Es war in der Familie kein ähnlicher Fall beobachtet. Die Eltern waren beide hellblond, und die Menstruation der Mutter hatte sich in keiner Beziehung unregelmäßig gezeigt.

Mit Rücksicht auf die Prognose macht Verf. darauf aufmerksam, daß Sarkom oder Tuberkulose der Ovarien in ähnlichen Fällen bei der Sektion gefunden ist.

Spezielle Behandlung kann wegen starker Blutungen oder der erwähnten Komplikationen notwendig werden.

E y v i n W a n g (Christiania).

Kr. E. Schreiner. *Ueber die Bedeutung der experimentellen Embryologie für das Verständnis der Genese der Doppelmißbildungen.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1903, S. 889.)

Verf. bespricht zuerst das Verhalten zwischen den echten Zwillingen und den Doppelmißbildungen und gibt eine Uebersicht über die verschiedenen Hypothesen, die betreffs der Entstehung der Doppelmißbildungen aufgestellt sind.

Verf. erwähnt sodann die durch Isolierung vorgenommenen experimentellen Untersuchungen an niederen Tieren und sucht die Bedeutung dieser Experimente für das Verständnis der menschlichen Mißbildungen klarzulegen. Doch warnt der Verfasser vor

zu weitgehenden Schlußfolgerungen aus experimentellen Untersuchungen an Tieren. Vielleicht kann man aus den Experimenten an mehr entwickelten Eiern (während der Bildung des Medullarrohres—Spemann) etwas weitergehende Schlußfolgerungen für den Menschen ziehen.

Frölich (Christiania).

L. Friedmann. *Ueber plötzlichen Tod der Kinder durch Thymushypertrophie.* (Inaug.-Dissert., Jassy 1903.)

Auf Grund von vier eigenen Beobachtungen und Literaturbesichtigung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Der plötzliche Tod der Säuglinge wird manchmal durch Thymushypertrophie verursacht, meist ohne Prodrome. Wenn man bei der Sektion Asphyxiezeichen findet, so kann der Mechanismus des Todes ein verschiedener sein: entweder Kompression der Trachea, der großen Gefäße, oder ein Spasmus glottidis, oder Synkope durch Kompression der Nervenstämmе, weniger eine Inhibition. Man muß, dementsprechend, beim plötzlichen Tod der Kinder immer auf Thymushypertrophie achten, wenn keine anderen Ursachen zu finden sind.

Manicatide (Jassy).

Karl v. Stejskal. *Kritisch-experimentelle Studien über den Herztod infolge von Diphtherietoxin.* (Zeitschr. f. klin. Medizin, 50. u. 51. Bd.)

Die vom Verf. im Anschluß an seine frühere Arbeit (Zeitschr. f. klin. Medizin, 44. Bd.) angestellten Versuche ergaben folgendes: Auf intravenöse Injektionen großer Mengen von Diphtherietoxin bei Hunden treten Erscheinungen auf, welche sowohl das Herz als auch die Gefäße betreffen. Das Herz wird vom Diphtherietoxin erst im Sinne einer reizenden Wirkung und dann im Sinne einer lähmenden Wirkung beeinflußt. Außer der Herzarbeit wird auch der nervöse Apparat des Herzens so beeinflußt, daß die reflektorisch eintretende günstige Beeinflussung der Herzaktion im Laufe der Vergiftung ausfällt. An den Gefäßen kann nur eine schädigende Wirkung im Sinne einer von leichter Tonusabnahme bis zur absoluten Gefäßlähmung fortschreitenden Störung beobachtet werden. Diese Wirkungen auf beide Teile des Zirkulationsapparates erfolgen gleichzeitig und es ist insbesondere eine Einwirkung in dem Sinne für das Diphtherietoxin auszuschließen, daß die Ursache für die Herzlähmung ausschließlich auf der Gefäßlähmung beruhe. Die Latenzperiode und Giftwirkung hängt nicht nur von der Größe der Toxindosis, sondern auch von der Resistenz des Tieres oder von all den Bedingungen ab, welche dieselbe alterieren, so daß unter solchen das Tier schwer schädigenden Einflüssen selbst eine für normale Tiere unwirksame Dosis toxisch wirken kann. Ein schädigender Einfluß der Vasomotorenlähmung auf das Herz, bedingt durch mangelhafte Blutfüllung — im Sinne Rombergs — läßt sich nicht nachweisen. Die schädigende Wirkung einer verminderten Durchblutung, infolge der beim herabgesetzten Blutdrucke mangelhaften Füllung der Koronargefäße, läßt sich zwar nicht absolut

leugnen, erscheint aber insbesondere deswegen unwahrscheinlich, weil die Annahme näher liegt, daß infolge der verminderten Blutversorgung speziell das Atmungszentrum und dann erst das Herz geschädigt werde.

Bartenstein (Breslau).

Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.

Axel Johannessen. *Ueber ein Zusammenarbeiten zwischen Lehrern und Aerzten.* (Tidsskrift for den norske Lægeforening 1903, S. 173 u. 209.)

Verf. hat die Erfahrung gemacht, daß die Aerzte oft das kranke Kind mehr in hygienischer als in pädagogischer Beziehung anschauen, während auf der anderen Seite die Lehrer oft die harmonische Entwicklung der Seele und des Körpers nicht genügend beachten. Es ist aber eine Pflicht der Lehrer und der Aerzte, die Forderungen sowohl der Schule als des späteren Lebens zum heranwachsenden Kinde genau abzuwägen. Um dies aber zu erlangen, ist ein Zusammenarbeiten notwendig.

Verf. bespricht sodann eingehend die hygienischen Aufgaben der Schule, speziell die Aufgaben gegenüber dem einzelnen Kinde in psychischer Beziehung.

In sehr übersichtlicher Weise erwähnt Verf. die neueren Untersuchungen über die Entwicklung der Gehirnfunktionen, über die planmäßigen Uebungen und über das Verhalten zwischen körperlicher und geistiger Arbeit.

Zum Schlusse gibt Verf. eine Uebersicht über die Stellung dieser Frage in Deutschland und bespricht besonders die Arbeit des „Allgemeinen deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege“.

Frölich (Christiania).

Hans Daae. *Untersuchung über die Ursachen des herabgesetzten Hörvermögens bei Schulkindern.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 1903, S. 734.)

Die Untersuchungen sind mit Schülern der Volksschulen Christianias ausgeführt worden, und Verf. hat gefunden, daß 41% der Kinder das Flüstern von einzelnen leicht verständlichen Wörtern in einer Distanz von 4 m nicht auffassen konnten, also das, was man wissenschaftlich schwerhörig nennt. (Unter 27.000 Kindern waren 11.070 Schwerhörige.)

In den Sonderklassen mit Kindern, die aus verschiedenen Ursachen dem gewöhnlichen Unterricht nicht folgen konnten, waren etwa 90% in denselben Grenzen schwerhörig. (Unter 490 wurden 441 mit herabgesetztem Hörvermögen gefunden.)

Unter sämtlichen Kindern zeigten sich etwa 4% für praktische Forderungen schwerhörig.

Ein so stark herabgesetztes Hörvermögen, daß die Kinder dem Unterricht nicht folgen konnten, fand sich bei 0·5% der Schüler der Volksschule und bei 11·2% der Kinder in den Sonderklassen.

Die Ursachen des herabgesetzten Hörvermögens gehen aus der folgenden Tabelle hervor:

	Hören nicht Flüstern in einer Entfernung von 4 m				Können nicht auf der ersten Bank hören			
	Volksschule		Sonderklassen		Volksschule		Sonderklassen	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
	in Prozent		in Prozent		in Prozent		in Prozent	
Hören der Uhr weniger als 5 cm	3		51		72		45	
Otitis med. supp. chron.	3·67	3·76	24·00	—	39·00	56·00	40·00	50·00
Große Veränderungen des Trommelfelles (Kalk, Atrophie, Narben etc.)	11·00	6·6	1·5	11·9	26·00	21·00	16·67	16·67
Starke Retraktion d. Trommelfelles	—	—	—	—	28·00	23·00	31·00	20·00
Adenoide Vegetationen	18·00	20·00	—	—	56·5	75·00	—	—

Eyvin Wang (Christiania).

F. Leegaard. *Diphtheriebazillen bei gesunden Schulkindern.* (Tidsskrift for den norske Lægeforening 1903, S. 651.)

Verf. hat 341 gesunde Knaben einer Volksschule zu Christiania zur Zeit einer nicht sehr verbreiteten Diphtherieepidemie auf Löfflersche Bazillen untersucht. Die Epidemie war unter den Kindern dieser Schule nicht besonders stark verbreitet.

Diphtheriebazillen wurden bei sieben Kindern gefunden; unter diesen waren fünf Schüler von Klassen, in denen Diphtherie nicht aufgetreten war. Von den zwei anderen war der eine eben als geheilt aus dem Diphtheriekrankenhaus entlassen.

Es wurde also bei 2% Diphtheriebazillen nachgewiesen. Denselben Prozentsatz für sämtliche Schulkinder Christianias vorausgesetzt, würde in der ganzen Stadt eine Gesamtzahl von 600 Kindern mit Löfflerschen Bazillen herumgehen.

Man kann die Frage aufstellen, wozu unter diesen Bedingungen eine Isolierung der wenigen Bazillenträger dient, die zufälligerweise entdeckt werden, während wahrscheinlich noch mehrere herumgehen, ohne entdeckt zu werden. Frölich (Christiania).

M. Geirsvold. *Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen bei gesunden Menschen.* (Tidsskrift for den norske Lægeforening 1903, S. 820.)

Nach einer ausführlichen Uebersicht über die betreffende Literatur teilt Verf. seine eigenen Untersuchungen mit. Er hat in den Monaten Mai und Juni 1903 967 Schulkinder untersucht; die Schule war in einem Bezirke Christianias gelegen, wo im Jahre 1902 eine größere Epidemie von Diphtherie aufgetreten war; jetzt aber hatte die Epidemie beinahe aufgehört. Unter den 967 Kindern, auf 27 Klassen verteilt, fand Verf. 87 Bazillenträger, i. e. 9·2⁰/₀.

In den verschiedenen Klassen fand er 1 bis 7 Schüler mit Diphtheriebazillen behaftet. Wenn Verf. von einzelnen Schülern mehrere Proben untersuchte, fand er nicht in jeder Probe Bazillen. Von Juni bis September wurde kein Fall von Diphtherie bei den Schülern konstatiert.

Verf. hat also bei einer großen Anzahl gesunder Kinder Diphtheriebazillen gefunden, ohne daß eine Epidemie nachzuweisen war. Die gefundene Zahl ist als ein Minimum aufzufassen, denn jedes Kind wurde im allgemeinen nur einmal untersucht und es wurde nur vom Pharynx abgeimpft; ohnedies wurde die Probe nur einmal — nach 21 Stunden — mikroskopisch untersucht.

Frölich (Christiania).

Ernährung und Stoffwechsel.

J. Graanboom. *L'analyse du lait de femme et sa valeur pour juger de l'aptitude de la nourrice.* (Rev. d'hyg. et de méd. infant., II 1903, S., 461 und 538).

Um die Bedeutung der Frauenmilchanalyse für Ammenwahl und für die Beurteilung der Ernährungserfolge zu erweisen, hat Verf. bei einer Reihe von stillenden Frauen die Milch einer oder beider Brüste untersucht. Er beschränkt sich auf Bestimmung des spezifischen Gewichtes und des Fettgehaltes (Conrads Laktobutyrometer), u. zw. in 20 cm³ Frauenmilch, welche regelmäßig 3 Stunden nach dem letzten Anlegen manuell aus der Brust abgespritzt werden. Selbst wenn man nur darauf ausgeht, Vergleichswerte zu erhalten, so sind doch die mit derartiger Methodik gewonnenen Resultate praktisch wie wissenschaftlich als wertlos längst gekennzeichnet.

Keller (Bonn).

A. Schloßmann. *Ueber die Leistungsfähigkeit der weiblichen Milchdrüsen und über Indikationen und Kontraindikationen zum Stillen.* (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 17. Bd., 1903, Heft 6.)

Eine allgemeine Kontraindikation gegen das Stillen erkennt Verf. überhaupt nicht an, nicht einmal Tuberkulose oder tuberkulöse Veranlagung der Mutter. Von Fall zu Fall ist zu entscheiden, ob bei pathologischen Zuständen der Mutter ihr wirkliches Interesse

das Nichtanlegen oder Absetzen des Kindes erheischt. Die Gefahr, daß der Säugling durch die pflegende Mutter, wenn sie tuberkulös ist, infiziert wird, ist so groß, daß die Möglichkeit, mit der Muttermilch Tuberkelbazillen aufzunehmen, eine im Verhältnis sehr geringe ist. Exakte Angaben darüber, daß für die tuberkulöse Mutter das Stillen an sich schädlich ist, liegen nicht vor. Im Gegenteil gibt es nach Verf. kein Mittel, das mit solcher Sicherheit und in so vielen Fällen einen starken Fettansatz, geradezu eine Mast gewährleistet, als das Stillen. Anders liegen naturgemäß die Verhältnisse, wenn es sich um eine Amme handelt: diese wird bei nachgewiesener Tuberkulose abgelehnt.

Verf. weist ferner auf die besonders von französischen Autoren hervorgehobene Tatsache hin, daß eine Mastitis bei der Stillenden, wenn überhaupt, nur vorübergehend das Stillen zu unterbrechen braucht.

Weiters spricht der Verf. von der Ammenernährung, von der Quantität der Milchsekretion, welche sich bei geeigneten Maßnahmen den gesteigerten Anforderungen anpaßt, von dem angeblichen Einfluß der Laktationsdauer auf das Gedeihen des Kindes und betont schließlich, daß die Beschaffenheit des Stuhles an und für sich keine Indikation für einen Ammenwechsel oder gar für das Absetzen des Kindes von der Mutterbrust abgibt. Ausschlaggebend allein ist das Verhalten des Kindes selbst.

Aus der Arbeit sind im vorstehenden nur die wesentlichsten Sätze angeführt, die von Schloßmann vertretenen Anschauungen sind abgesehen von seinem Urteil über das Stillen tuberkulöser Mütter nicht neu; es ist aber heute gegenüber den viel verbreiteten Irrlehren auf diesem Gebiete noch ein Verdienst, sie kraß auszusprechen. Und es wäre nur wünschenswert, wenn sie bei den Gynäkologen Beherzigung fänden.

Keller (Bonn).

O. Uhlmann. *Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals (Ductus papillaris) bei der Kuh, der Ziege und dem Schafe.* (Zentralblatt f. Bakteriologie, 35. Bd., Nr. 2.)

In allen mikroskopischen Querschnitten des Ductus papillaris waren Kokken und Stäbchen in reichlicher Menge vorhanden. Von einer wirklich keimfrei zu erhaltenden Milch wird deshalb nie gesprochen werden können.

Bartenstein (Breslau).

Schloßmann und Moro. *Die Ernährung des Erwachsenen mit Kuh- und Frauenmilch.* (Zeitschr. f. Biol., XLV. Bd., S. 261.)

Die Verfasser berichten ausführlich über einen Ernährungsversuch mit Frauen-, resp. Kuhmilch, den der eine von ihnen (Moro) an sich selbst ausgeführt hat, indem er in einer 48stündigen Periode ein Kuhmilchgemisch (5600 cm³), in einem 2½-tägigen Versuche 12½ Liter Frauenmilch zu sich nahm. Der erwartete Erfolg — eine bessere Ausnützung der Menschenmilch — trat nicht ein. Sowohl klinisch wurde die Frauenmilch schlechter ver-

tragen, als auch war die Resorption aller ihrer Komponenten eine schlechtere als die der Kuhmilch. Steinitz (Breslau).

B. Salge. *Die Frauenmilch in der Therapie des akuten Dünndarmkatarrhs.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd., 1903, S. 641.)

Verf. stellt sich die Frage, ob ein Unterschied bei der Behandlung der verschiedenen Arten von Verdauungsstörungen in bezug auf die Ernährung mit Frauenmilch gemacht werden muß. Dieser Punkt erscheint ihm nach einigen Beobachtungen, die in den letzten Jahren auf der Säuglingsstation der Berliner Charité gemacht wurden, als sehr wesentlich für die Therapie der Dünndarmkatarrhe. Verf. schildert das, was er unter Dünndarmkatarrh versteht und bringt dann Krankengeschichten von sechs Kindern, welche nach mehr oder minder langer Zeit zum Exitus kamen. Es erscheint ihm nicht zweifelhaft, daß in den mitgeteilten Fällen von Enterokatarrh die Frauenmilch einen entschieden ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf ausgeübt hat.

Abgesehen davon, daß in einigen Fällen die Frauenmilch nur wenige Tage verabreicht wurde, ist es dem Referenten nicht verständlich, warum für den Mißerfolg der Behandlung die Frauenmilch verantwortlich gemacht wird.

Der Titel der Arbeit sollte wohl richtiger lauten: „Rademanns Kindermehl in der Therapie usw.“, denn die Säuglinge erhielten mit einer Ausnahme sämtlich nach 1, 3 oder 5 Tagen Teediät Abkochung von Rademanns Kindermehl, häufig lange Zeit ausschließlich; (im Falle Paul Gl. 14 Tage, dann die letzten 4 Tage vor dem Exitus daneben Ammenmilch). Nur in einem Falle wurde ausschließlich Ammenmilch 4 Tage hindurch gegeben. Sonst war stets Rademanns Kindermehl die Hauptnahrung und bereitete den Frauenmilchversuch (wohl auch den Exitus) vor. Auf diese Weise ist die Bedeutung der Frauenmilch für die Ernährungstherapie wohl kaum einwandfrei zu prüfen. Verfs. Beobachtungen haben den Beweis nicht erbracht, daß unter bestimmten Verhältnissen die Ernährung an der Brust kontraindiziert wäre.

Es ist nur gut, daß Verf. hervorhebt, die Bedeutung der Frauenmilch für die Ernährung des kranken Säuglings werde durch derartige Erfahrungen, wie er sie gemacht hat, nicht erschüttert. Sonst würde die Arbeit leicht zu Mißverständnissen Veranlassung geben. Keller (Bonn).

Rommel. *Ueber Buttermilch.* (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XXXVII. S. 252.) (Theoretische Betrachtungen über Buttermilch.)

Verf. konstatiert, daß der einzige Unterschied der durch Buttern gewonnenen Buttermilch gegenüber dem durch Säuerung von Magermilch hergestellten Milchprodukt darin besteht, daß letztere grobflockig gerinnt, während in ersterer das Kasein ganz fein verteilt ist. Durch Kochen mit Mehlsatz wird jedoch diese Differenz ausgeglichen. Der klinischen Verwendung von künstlich, eventuell durch Milchsäurebazillen (Reinkultur) gesäuerten Zentrifugemagermilch steht

also a priori kein Hindernis entgegen. Was die günstigen Erfolge der Buttermilchernährung anlangt, so beruhen dieselben einmal auf dem niederen Fettgehalt derselben, der feinen Kaseinverteilung und dem Gehalt an Milchsäure, welche antiseptische und peptische Wirkungen im Darmtraktus haben soll. Die Nachteile der Buttermilch bestehen darin, daß die Milchsäure den Mineralstoffwechsel ungünstig beeinflussen, speziell eine vermehrte Kalkausfuhr im Darm verursachen soll. Letztere Wirkung, die vom Verf. in einer einzigen, noch dazu nur zweitägigen Stoffwechselreihe bewiesen worden ist, scheint vorläufig noch recht problematisch und müßte erst durch eingehendere Stoffwechselversuche sichergestellt werden.

Steinitz (Breslau).

Kobrak. *Buttermilch als Säuglingsnahrung in der poliklinischen Praxis.* (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 7.)

Verf. hat in der Neumannschen Poliklinik 65 Säuglinge verschiedensten Alters mit Buttermilch, die in der Anstalt nach der Vorschrift von Teixeira hergestellt und in Portionsflaschen (6 bis 10 pro die) an die Mütter abgegeben wurde, ernährt. 37 Fälle konnten längere Zeit beobachtet werden, die übrigen schieden teils aus äußeren Gründen, teils weil die Kinder nach wenigen Tagen starben (15 Fälle), teils wegen akuter Verschlimmerung des Zustandes aus der Beobachtung aus. Sehr guter Erfolg wurde erzielt bei früh- oder schwachgeborenen Kindern, namentlich in Form von Allaitement mixte. Ebenso konnte eine Reihe von Fällen mit einer Atrophie mit günstigem Erfolge auf diese Weise ernährt werden. Im akuten Stadium des Darmkatarrhs widerrät Verf. die Anwendung der Buttermilch, ferner beim Auftreten von vermehrten, stark sauren Stühlen mit Schleimbeimengungen. In der Mehrzahl der Fälle ist der Stuhl konsistenter; trat eine ausgesprochene Obstipation ein, so wurde dieselbe durch Zusatz von Malzsuppenextrakt oder Ersatz des Weizenmehles durch Theinhardt's lösliche Kindernahrung (50 g pro Liter) beseitigt. Dieselbe Änderung wurde vorgenommen, wenn die Körpergewichtszunahme nicht genügend war. Eine latente Tetanie kann durch langdauernde Buttermilchernährung ungünstig beeinflußt werden, ebensowenig ist sie bei Barlowscher Krankheit von Nutzen. Beim Absetzen von der Buttermilch (Zugabe von Süßmilch) will Verfasser keine Schwierigkeiten gesehen haben. Vor der monatelangen Buttermilchernährung warnt Verf., da er bei einigen solchen Fällen das Entstehen einer konstitutionellen Erkrankung (Anämie, Schwellung von Milz und Leber) beobachtet hat. Da nur einige wenige kurze Krankengeschichten beigegeben sind, lassen sich die Erfolge und Mißerfolge sehr schwer beurteilen. Bartenstein (Breslau).

Merhaut. *Ueber die Ernährung der Kinder durch Kindermehle.* (Časopis česk. lékař. 1903, S. 399 u. 425.)

Der Autor kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Weder die Kuhmilch allein noch Stärkesubstanzen genügen zur ausschließlichen und vollkommenen Ernährung des Kindes.

2. Die Stärkesubstanzen schaden dem Kinde nicht, wenn sie auf eine bestimmte Art und Weise und in bestimmter Menge dem Kinde verabreicht werden.

3. Die Kuhmilch entbehrt hauptsächlich des Eisens; in der verdünnten Kuhmilch entsteht ein Mangel an Kali. Das wachsende Kind benötigt diese beiden Substanzen zu seiner Ernährung, bei Abwesenheit derselben sinkt die Ernährung des Kindes.

4. Die Eiweißfäulnis im Darne wird durch die Gegenwart von Stärkesubstanzen beeinträchtigt. (Heubner.)

Der Autor beobachtete das Schwinden von stinkenden Stühlen nach Verabreichung der Kuhmilch mit Zugabe von Stärkesubstanzen.

5. Soll die Kuhmilch dem Kinde in der Ernährung entsprechen, muß man dieselbe durch bestimmte Substanzen ergänzen, welche die erforderlichen Kohlenhydrate, das Eisen und das Kali enthalten. Und dies wird ermöglicht durch Zugabe von Stärkesubstanzen in der bekannten Form von Kindermehl.

6. Die Menge der Stärkesubstanzen, die man der Milch zugeben soll, darf nur eine solche sein, daß sie den fehlenden Milchzucker ergänzt und auf diese Art das Verhältnis der Kohlenhydrate zu den übrigen Ernährungsstoffen der Milch regelt (30 g auf 1 Liter).

7. Die Kindermehle taugen nicht zur ausschließlichen Ernährung des Kindes. Scherer (Prag).

W. Lissauer. *Ueber Oberflächenmessungen an Säuglingen und ihre Bedeutung für den Nahrungsbedarf.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 58. Bd., S. 392.)

Verf. hat bei 12 kranken Kindern, von denen 11 unter einem Jahre waren, Messungen der Körperoberfläche an der Leiche ausgeführt. Vergleicht er die durch Messung erhaltenen Werte mit den nach der Meehschen und der Stoeltznernschen Formel berechneten, so kamen die nach Meeh berechneten Zahlen der Wirklichkeit näher, doch sind auch diese nicht größer als die gemessenen. Auch Verf. gibt eine neue Formel, die „nicht viel ungenauere“ Zahlen ergibt.

Zum Schlusse spricht Verf. über die Berechnung des Nahrungsbedarfes. Keller (Bonn).

Leschziner. *Ueber die Bakterienmengen in den Säuglingsfäces.* (Deutsche Aerztezeitung, 1903, Nr. 17.)

Leschziner bestimmte bei gesunden Brustkindern nach der Methode von Straßburger das Verhältnis des Bakterientrockenrückstandes zum Gesamttrockenrückstand, das zwischen 2 und 28.4% schwankt, und außerdem den Anteil des Bakterienstickstoffs am Gesamt-N der Fäces, der zwischen 6.52% und 29.4% schwankte. Der Bakterienstickstoffgehalt sei groß genug, um bei Berechnung des N-Umsatzes einen bedeutsamen Faktor darzustellen.

Bartenstein (Breslau).

S. Jäger. *Die Bakterienflora des Darmes bei enteritiskranken Säuglingen.* (Inaug.-Dissert., Jassy 1903.)

Verf. hat die Fäces von 18 enteritiskranken, natürlich genährten Säuglingen bakteriologisch untersucht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt: Die Menge und die Arten der vorhandenen Bakterien sind vermehrt und in einem gewissen Zusammenhange mit der Milchflora der Mütter; die gewöhnlich avirulenten Bakterien werden pathogen für die Versuchstiere gefunden; es besteht auch eine gewisse Beziehung zwischen Darmflora und Form der Darmaffektion.
Manicatide (Jassy).

Nobécourt. *Les Streptococcies intestinales.* (Presse medicale 1903, Nr. 77.)

Schilderung der Literatur, der Symptome und der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Streptokokken-Enteritis und ihrer sekundären Folgezustände.
Bartenstein (Breslau).

Ausset et Brassart. *Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance.* (Lille, 1903, Le Bigot-Frères.)

Die mit einer ganzen Reihe von guten Krankengeschichten ausgestattete Arbeit der beiden Autoren ist insofern von besonderem Interesse für die deutschen Pädiater, als sie die nach Ansicht des Referenten extreme, in vielen Fällen unbewiesene und wahrscheinlich unrichtige französische Lehre vertritt, daß nahezu alles, was an zerebralen Reizerscheinungen bei magendarmkranken Kindern vorkommt, auf einer serösen Meningitis beruhe. Dabei sei es gleichgültig, ob vom Darm in die Blutbahn eingewanderte Mikroorganismen oder aus dem Darm resorbierte Toxine die Hirnhautentzündung hervorbringen. An dieser Anschauung wird auch festgehalten, wenn die Lumbalpunktion nichts Pathologisches ergibt, der Befund von einigen spärlichen Leukozyten gilt schon als sicherer Beweis.

Auch vereinzelte Krampfanfälle bei einem an Laryngospasmus leidenden Kinde (Observat. II) werden ebenso gedeutet.

Derartige Kinder sind oft neuropathisch belastet; dadurch soll die Infizierbarkeit der Meningen erhöht werden, doch bleibt unklar, warum bei tatsächlich erfolgter bakterieller Invasion so selten eitrige oder überhaupt ernstere und länger dauernde Meningitiden zustande kommen.

Trotz aller Einwände ist die Arbeit geeignet, dem Leser einen vollständigen Ueberblick über den derzeitigen Stand dieser Fragen in Frankreich zu geben und ist deshalb lesenswert.

Thiemich (Breslau).

Klinik der Kinderkrankheiten.

F. Zahrt. *Ueber einen Fall von erblicher Flughautbildung an den Ellenbogen.* (Inaug.-Diss., Leipzig 1903.)

Zahrt bereichert das Material dieser seltenen Affektion um zwei neue Fälle, die bei Vater und Sohn bestanden und in der Leipziger chirurgischen Klinik zur Beobachtung kamen. Zwei Abbildungen erläutern die hochgradigen Veränderungen beim Vater; bei dem einjährigen Sohne waren dieselben weniger stark ausgeprägt. Ähnliche Mißbildungen fehlten in der Familie. Zahrt nimmt an, daß die symmetrische Flughautbildung an den Ellenbogen mit Muskeldefekten und Gelenkveränderungen vom Vater auf den Sohn vererbt worden ist und bringt dann eine kurze Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten einschlägigen Beobachtungen und die daran sich anknüpfenden Theorien. Die Patienten wurden unoperiert entlassen, da vorläufig eine Notwendigkeit hiezu nicht vorlag.

Brüning (Leipzig).

Voerner. *Ueber zirkumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Kutis und Subkutis.* (Arch. f. Derm. u. Syph., 1903, Bd. 66.)

Bei einem vierjährigen Kinde fand sich ein kongenitaler Haardefekt in der Gegend des Haarwurbels am Hinterkopfe. Die beiden haarlosen Stellen sind kreisrund, scharf gegen die Umgebung abgesetzt und gegen das Niveau der umgebenden Kopfhaut merklich eingesunken (das Zentrum noch stärker als die Randpartien).

Auf Grund der histologischen Untersuchung läßt sich die Möglichkeit vollkommen ausschließen, daß die Affektion einfach sekundär etwa durch einen entzündlichen Prozeß entstanden sei; vielmehr schließt Voerner, daß ein Bildungsfehler der Haut verantwortlich zu machen sei, dessen Beginn in die früheste Zeit des Fötallebens fällt.

Als Entstehungsursachen glaubt Voerner Druckwirkung und abgerissene Amnionadhäsionen ausschließen zu können. Er glaubt eher noch an einen Zusammenhang mit Spaltbildungen denken zu müssen, deren geringsten Grad die Affektion darstellen würde.

Grouven (Bonn).

M. Cohn. *Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluß an die Heilung eines Säuglingsekzems.* (Therapie der Gegenwart 1903, Nr. 6.)

Bei einem $1\frac{1}{4}$ Jahre alten Kinde, das seit dem 5. Monat an einem nässenden Kopfeckzem mit Borkenbildung und starker Schwellung der zervikalen Lymphdrüsen litt, trat am sechsten Tage nach Einleitung der Therapie (Entfernen der Kopfhare und Borken und Applikation von Ol. Zinci) eine ödematöse Schwellung an Händen und Füßen auf, während das Allgemeinbefinden ein gutes war und das Ekzem sich besserte. Die Urinuntersuchung ergab $2\frac{0}{100}$ Eiweiß und hyaline und granulierte Zylinder. Ausgang in vollkommene Heilung. Für die Aetiologie der Nephritis — wenn sie nicht schon vorher bestanden hat — weist Verf. die Erklärung von den zurückgedrängten schlechten Körpersäften bei der Abheilung des Ekzems zurück, nimmt aber an, daß, da bei der Abheilung des

Ekzems sich auch meist die geschwollenen regionären Lymphdrüsen zu verkleinern pflegen, aus diesen Drüsen darin aufgestapelte giftige Substanzen (Bakterientoxine) zur Resorption gelangen. Verf. schlägt vor, systematisch bei der Behandlung von Ekzemen Urinuntersuchungen anzustellen. Ref. erscheint der Erklärungsversuch des Verfassers wenig einleuchtend. Sollten nicht etwa durch die Behandlung des Ekzems, namentlich durch die mechanische Entfernung der Borken Lymphbahnen eröffnet werden, die geeignet sind, aus den zersetzten Massen giftige Stoffe in den Kreislauf aufzunehmen?

Bartenstein (Breslau).

Strasser. *Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi.* (Archiv f. Derm. u. Syph. 1903, Bd. 66.)

Verf. beschreibt einen Fall der Bärensprungschen Nävusform und bespricht hauptsächlich die Lokalisation der Nävuseffloreszenzen in ihrer Beziehung zu den bekannten Liniensystemen.

Aus einem Liniensystem läßt sich der vorliegende Fall nicht erklären; ein Teil der Erscheinungen läßt sich mit keinem derselben in Einklang bringen.

Das Wachstum der Nävuseffloreszenzen soll durch Thyreoidin-tabletten beeinflußt worden sein.

Grouven (Bonn).

Sachs. *Beiträge zur Histologie der weichen Naevi.* (Archiv f. Derm. u. Syph. 1903, B. 66.)

Verf. beschreibt einen Fall einer interessanten ausgebreiteten kongenitalen Hautaffektion bei einem 8jährigen Mädchen. Ein kleiner himbeerförmiger Tumor am kleinen Finger der rechten Hand glich klinisch und histologisch vollständig dem Bilde eines spitzen Kondyloms, für dessen Genese anhaltende entzündliche Reizzustände verantwortlich zu machen seien. Mehrere, an den Fingern, den Zehen und den Nates lokalisierte strichförmige hyperkeratotische Naevi bieten keine Abweichung von dem gewöhnlichen Bilde der harten Naevi lineares, für deren Entstehung nach Sachs eine vorausgegangene Erkrankung des Nervensystems nicht mit Notwendigkeit anzunehmen ist.

Die Affektion der rechten Achselhöhle, die sich als ein durch sekundäre chronische Entzündung komplizierter, weicher, verruköser, nicht pigmentierter Gewebsnävus repräsentiert, ist histologisch ausgezeichnet durch die Einlagerung von xanthomähnlichen Zellen in die Papillen und das subpapilläre Bindegewebe — teils elliptische, teils rhombisch geformte Zellen, die ausgefüllt sind von dicht gedrängten, fast gleichgroßen, mit Osmiumsäure und Sudan III Fettreaktion gebenden Tröpfchen. Dieselben übernehmen infolge ihrer analogen Anordnung und Gruppierung die Rolle der Nävuszellen. Sie sind nicht epithelialer Natur und keine degenerierten Nävuszellen. Gegen die letztere Annahme speziell spricht das Fehlen von Übergangsformen zwischen nävus- und xanthomähnlichen Zellen.

Xanthoma tuberosum konnte klinisch und histologisch ausgeschlossen werden.

Sachs glaubt den Befund des xanthomähnlichen Naevus verrucosus, die Kombination des Nävus mit den eingelagerten xanthomähnlichen Zellen, als eine Neubildung im Sinne der Cohn-Heimschen Theorie der Geschwulstentwicklung aus embryonalen Keimanlagen entstanden, ungezwungen erklären zu können.

Grouven (Bonn).

Winkler. *Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut. [Naevi cystepitheliomatosi (Syringome) und multiple symmetrische Gesichtснаevi].* (Arch. f. Derm. u. Syph. 1903, Nr. 67.)

Winkler beschreibt zunächst fünf Fälle kongenitaler Geschwulstbildungen, die in der Literatur bald als Lymphangioma tuberosum multiplex, bald als Hidradenome, bald als Haemangendotheliome und noch mit vielen anderen Namen, je nach der Anschauung über ihre Histogenese, bezeichnet worden sind.

Nach seinen histologischen Untersuchungen glaubt Winkler die epitheliale Natur der Geschwülstchen annehmen zu müssen, die nach seiner Auffassung von den Schweißdrüsen-Ausführungsgängen ihren Ursprung nehmen und hält dementsprechend Bezeichnungen wie Naevi syringomatosi für angemessen.

Sodann beschreibt Winkler einen Fall von multiplem symmetrischem Gesichtснаevus, den er nach dem klinischen und histologischen Bilde mit den Naevi vasculaires verruqueux de la face Darriers identifiziert.

Im Anschluß hieran gibt Winkler eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Tumorformen ähnlicher Art und zum Schlusse eine schematische Einteilung derselben auf histologischer Basis.

Grouven (Bonn).

Kraus. *Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris.* (Archiv f. Derm. u. Syphilis 1903, Bd. 66.)

Die zugrunde liegende Beobachtung erstreckt sich auf zwei Geschwister im Alter von $3\frac{1}{2}$ und $1\frac{1}{2}$ Jahren. Bei zwei weiteren Kindern derselben Mutter zeigte sich nach Angabe der letzteren die gleiche Erscheinung, daß nämlich die Kinder wohlbehaart zur Welt kamen, ihre Behaarung jedoch sehr bald nach der Geburt nahezu völlig verloren.

Es liegt somit in den beiden Fällen eine Störung des fötalen Haarwechsels vor. (Bettmannsche Einteilung cf. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 60). In dem ersten derselben kam es zu Verlust des Primärhaares und ausgedehnter Atrichie am ganzen Körper, während im anderen Falle das Primärhaar an gewissen Partien der Haut des Gesichtes persistierte.

Klinisch war keine Ursache für die Hemmungsbildung zu konstatieren.

Die Kopfhaut wurde in beiden Fällen auch histologisch untersucht.

Es ergab sich vollständiges Fehlen der eigentlichen Haar-substanz, innerer Wurzelscheiden, der Papillen, dagegen sind Haar-anlagen relativ zahlreich vorhanden, wenn auch gegen die Norm sehr vermindert. Ein Aufschluß über die der Haaranomalie zu-grunde liegende letzte Ursache ergab sich auch aus dem histologischen Bilde nicht.

Grouven (Bonn).

Waelsch. *Ueber Koilonychia und Platyonychia hereditaria.* (Arch. f. Derm. u. Syph., 1903, Bd. 67.)

Waelsch beobachtete die Hellersche Koilonychie (Hohlnägel) bei sechs Familienmitgliedern in drei Generationen. Die Affektion war angeblich bei allen angeboren.

Die echten, nicht sekundären Fälle von Koilonychie, bei denen sich am Nagelbett und Nagelfalz nichts abnormes nachweisen läßt, entstehen dadurch, daß die von Haus aus ungemein dünne und biegsame Nagelplatte infolge von Berufsschädlichkeiten (bei Dienstmädchen, Wäscherinnen) sich an den Rändern aufbiegt.

Die Vererbung der Affektion in seinem Falle stellt Waelsch in Parallele mit der Vererbung anderer familiärer Eigentümlichkeiten (Syn- oder Polydactylie).

Grouven (Bonn).

Werther. *Ueber eine Epidemie von Trichophytie des Kopfes bei Schulkindern.* (Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1903, Bd. 36.)

Verf. beobachtete eine Trichophytieepidemie bei 17 Kindern von 30 eines Internats.

Nach einem Ueberblick über die Mykologie und Klinik der Dermatomykosen kommt Werther zu dem Schlusse, daß die verschiedenen Arten von Trichophyten nur nach dem Aussehen der Kultur unterschieden werden können.

Klinisch und besonders nach dem Verhalten der Pilzfäden zu den Haaren und nach der Größe der Sporen kann man trennen 1. die Grubysche Mikrosporonkrankheit, 2. die Trychophytiaendothrie und 3. die Trichoektothrie und Trichoendoektothrie.

Eine weitere Scheidung nach klinischen Formen wäre gekünstelt, weil eine Trichophytenart die mannigfachsten klinischen Bilder erzeugen kann.

Werther schildert sodann den klinischen Verlauf der von ihm beobachteten Epidemie und zum Schluß in ausführlicher Weise die Ergebnisse des botanischen Studiums des von derselben gewonnenen Pilzes, der nach dem Plautschen Anreicherungsverfahren und auf Maltosepeptonagar gezüchtet wurde. Mit den auf Maltoseagar gewonnenen Kulturen wurden erfolgreiche Impfungen auf Meerschweinchen und Mensch vorgenommen. Grouven (Bonn).

Bettmann. *Epidermolysis bullosa hereditaria.* (Dermatol. Zeitschrift 1903, Bd. 10.)

Bettmann beobachtete die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria bei mehreren Mitgliedern — Vater, Sohn und Tochter — einer Familie, bei der sich das Leiden bereits

durch vier Generationen fortgepflanzt hat. Erkrankt sind im ganzen fünf männliche und sechs weibliche Mitglieder der kinderreichen Familie. Tiefere Einblicke in die Gesetzmäßigkeit der Vererbung sind nicht möglich.

Zuerst erkrankte das jüngste einer großen Anzahl von Geschwistern, ein Mädchen. Blutsverwandtschaft der Eltern lag nicht vor. Die jüngste Generation ist am stärksten von der Erkrankung betroffen. Eine Vererbung mit Ueberspringen einer Generation auf die Enkel ist in keinem Falle zu konstatieren.

Verf. bespricht sodann die noch unentschiedene Frage, ob die beiden Varietäten der Epidermolysis bullosa (simplex und dystrophica) zusammengehören oder differente Krankheiten darstellen.

Die vorliegende Beobachtungsreihe scheint eher für eine Zusammenfassung zu sprechen, da jeder einzelne Patient insofern eine Mischung der beiden Varietäten ergibt, als sich die Atrophie der Haut und die Nagelveränderung nur auf die oberen Extremitäten beschränkt, während die unteren Extremitäten das Bild der einfachen Epidermolysis bullosa darbieten.

Aufgeklärt bleibt das Verhältnis der Blasenbildung zu Atrophie und Nagelveränderungen.

Atrophie und Nagelveränderungen etwa als einfache Folge der Blasenbildung zu betrachten, oder sie in direkte Abhängigkeit zu der lokalen Intensität der Blasenbildung zu setzen, geht nicht an.

Grouven (Bonn).

Bukovsky. *Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionszysten in den Schweißdrüsen-Ausführungsgängen.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 1903, Bd. 67.)

Bukovsky beschreibt einen einschlägigen Fall, der bis auf die nicht bestehende Heredität und sein Entstehen im späteren Alter den bis jetzt bekannten Fällen ähnlich ist.

Auf Grund histologischer Untersuchungen kommt Bukovsky zu folgenden Schlußfolgerungen bezüglich der Blasenbildung bei Epidermolysis bullosa hereditaria: Die Blase entsteht gleich nach dem Trauma. Je intensiver das Trauma einwirkte, desto früher wird sie sichtbar. Nach einer leichten Läsion kommt früher die Hyperämie als die Blase zum Vorschein. Die Blase entsteht direkt und primär durch den Einfluß des Trauma dadurch, daß eine totale Ablösung der Epidermis vom Korium stattfindet. Infolge von sekundären Veränderungen, welche durch eine Gefäßreizung infolge des Trauma hervorgerufen werden, kommt es zu einer Hyperämie, Exsudation und zum Sichtbarwerden der Blase.

Bezüglich der Aetiologie der Blasenbildung bei Epidermolysis bullosa hereditaria kommen nach Bukovsky anatomische (entzündliche) Verhältnisse der Haut sowie chemische Einflüsse nicht in Betracht; es bleibt nur die Möglichkeit physikalischer Ver-

änderungen, vielleicht einer verschiedenen Kontraktibilität der Epidermis und des Korioms.

Die Blasen heilten in dem Falle Bukovsky teils ohne bleibende Veränderungen, teils mit nachfolgender Atrophie.

Sehr zahlreich fanden sich an abgeheilten Blasen die milienähnlichen zystösen Bildungen, welche bei den verschiedensten Dermatosen, mit und ohne Blasenbildung, beobachtet worden sind.

Nach Bukovsky sind diese Gebilde Retentionszysten der Schweißdrüsen-Ausführungsgänge, die in dem der Schweißdrüse benachbarten Teil entstehen, langsam zur Oberfläche emporsteigen, um endlich eliminiert zu werden. Denselben fällt bei der Weiterentwicklung von wegbaren Ausführungsgängen eine wichtige Aufgabe zu. Ähnliche histologische Bilder konstatierte Bukovsky auch an den muzinösen Drüsen der Zungenschleimhaut.

Zum Schlusse bespricht Bukovsky die Differentialdiagnose seines Falles gegenüber Pemphigus und Urticaria.

Grouven (Bonn).

Ostermayer. *Ein Fall von Pemphigus neonatorum P. Richter (Dermatitis exfoliativa neonat. Ritter) mit Infektion der Mutter und Tod des Neugeborenen.* (Arch. f. Derm. u. Syph., 1903, Bd. 67.)

Ostermayer präzisiert den Pemphigus neonatorum gemäß der Richterschen Monographie dahin, daß man abgesehen von Pemphigus syphiliticus nur eine Art der Erkrankung als Pemphigus neonatorum zu bezeichnen berechtigt ist. Dieselbe entsteht durch freiwillige und unfreiwillige Uebertragung, charakterisiert sich durch den Nachweis eines noch nicht genügend erforschten Staphylokokkus, tritt sporadisch und epidemisch auf und kann sowohl gutartig als auch bösartig verlaufen. Auch angeboren kann die Erkrankung auftreten und gibt unter diesen Umständen häufig eine schlechte Prognose. Die von Ritter beschriebene Dermatitis exfoliativa neonatorum ist nichts anderes, als eine durch besonders leichte Ablösbarkeit der Epidermis und Malignität charakterisierte Untergruppe des Pemphigus neonatorum. Mit dem Pemphigus foliaceus, der eine chronische Affektion ist, hat der meist in wenigen Wochen verlaufene Pemphigus neonatorum nichts zu tun.

Verfasser beschreibt sodann einen Fall von Pemphigus neonatorum malignus, der bemerkenswert ist wegen der Seltenheit der Affektion an und für sich, wegen der säugenden Mutter und der Möglichkeit der Verwechslung derartiger Fälle mit Verbrühungen.

Grouven (Bonn).

Heller. *Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Knaben.* (Dermatolog. Zeitschrift 1903, Bd. 10.)

Auf Grund der klinischen Beobachtung und histologischen Untersuchung dieses Falles hält Heller eine scharfe Trennung des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra

pilaris nicht mehr für möglich. Die Hauptgruppe des Lichen ruber muß eine große Reihe von Unterabteilungen erhalten.

Histologische Unterschiede der einzelnen Formen können vielleicht durch das Alter des Kranken, die Dauer der Krankheit und die Zeit, die seit der Entstehung der Einzeleffloreszenz verfloßen ist, bedingt sein.

Grouven (Bonn).

Porges. *Ueber Lichen scrophulosorum.* (Arch. f. Derm. u. Syph., 1903, Bd. 66.)

Die Arbeit liefert einen Beitrag zu der Frage, ob der Lichen scrophulosorum den wahren tuberkulösen Erkrankungen zuzurechnen ist oder den durch die Toxine des Tuberkelbazillus bedingten Tuberkuliden.

In einem Falle von typischem Lichen scrophulosorum bei einem tuberkulös-skrofulösen Individuum fand sich histologisch das Bild wahrer Tuberkel, gebildet aus Rundzellen, epitheloiden Zellen und reichlichen Langhansschen Riesenzellen. Die tuberkulösen Veränderungen waren allenthalben an die Haarfollikel und Talgdrüsen gebunden, wobei die letzteren meist durch die Entzündung zugrunde gegangen zu sein schienen. Das subkutane Fettgewebe war größtenteils ersetzt durch neugebildetes Bindegewebe, das Produkt vorausgegangener Entzündung.

Färbung auf Tuberkelbazillen war negativ. Ein anderes histologisches Bild ergab sich bei einem Exanthem, welches im Anschluß an Injektion von Tuberculinum novum bei einem Lupuskranken aufgetreten war und die klinischen Symptome des Lichen scrophulosorum zeigte. Hier fanden sich unscharf begrenzte Rundzellenanhäufungen in der Umgebung der Haarbälge, der Talg- und Schweißdrüsen sowie im Verlaufe der Gefäße. Epitheloide und Riesenzellen waren nicht vorhanden.

Es handelte sich also hier nicht etwa um einen latenten Lichen scrophulosorum, der auf Tuberkulin reagierte, sondern um einen erythematös-exsudativen Prozeß, welcher der Gruppe der Toxiendmien angehört. Von Lichen scrophulosorum darf demnach nur gesprochen werden, wenn der histologische Befund von Tuberkeln die klinische Diagnose bestätigt. Grouven (Bonn).

Du Pasquier und Roger Voisin. *Ueber konfluierende Aphthen des Mundes im Kindesalter.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Nr. 8.)

Verff. wollen durch 23 Beobachtungen, von denen 15 tödlich verliefen, die Aufmerksamkeit auf schwere, nach ihrer Ansicht „primäre“ konfluierende Aphthen lenken, abgesehen von den Fällen, die, „wie bekannt“, sekundär bei Pneumonie und schweren Magen-darmaffektionen vorkommen. Aufgefallen ist es den Verfassern, daß diese Aphthen oft im Verlaufe von Masern und Keuchhusten auftraten, meist mit schlechter prognostischer Bedeutung. Sollten die Verfasser nicht übersehen haben, daß der Organismus durch die Masern oder den Keuchhusten derartig von seinen Immunitäten

eingebüßt hat, daß sich „sekundär“ so schwere Mundaffektionen entwickeln konnten?
Bartenstein (Breslau).

Hammer. *Beiträge zur Pathologie des Neugeborenen.* (Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, 1903, Bd. 50.)

I. Drei Fälle von Tod sub partu und unmittelbar post partum. Die Arbeit hat hauptsächlich forensisches Interesse. Kinder, die zweifellos gelebt haben, können an makroskopisch nicht nachweisbaren Organveränderungen ohne Verschulden Dritter zugrunde gehen. Nur die genaueste mikroskopische Untersuchung der kindlichen Organe, namentlich Herz, Leber, Lunge sowie der Placenta läßt dann Veränderungen erkennen, die einen positiven Befund ergeben und die beliebte Diagnose „Lebensschwäche“ umstoßen. In zwei Fällen fand Verf. ausgedehnte körnige Trübung der Herzmuskulatur und interstitielle Bindegewebswucherung in Leber und Lunge, und in der Plazenta Zeichen einer chronischen Entzündung. Es kommen aber auch derartige Todesfälle an Kindern vor, bei denen sich nicht die geringsten pathologischen Veränderungen an den Organen nachweisen lassen.

II. Leberangioma beim Neugeborenen. Ein 7 Tage altes Kind starb unter den Zeichen eines schweren Ikterus. Bei der Sektion fand sich ein reichlicher Bluterguß in der Bauchhöhle, der von einem geplatzten großen Angioma cavernosum der Leber herrührte.

III. Cyclopos. Die Synophthalmie war die einzige vorhandene Mißbildung. Die anatomische Untersuchung ergab eine Hemmungsmißbildung des Prosenzephalon in seinen vorderen Abschnitten. Die Hirnblase kommunizierte frei mit dem Subarachnoidealraum infolge Offenbleibens des Neuralrohres.

Bartenstein (Breslau).

O. Machado. *Un caso de bocio congenito.* (Brazil. med., Nr. 38.)

Fall von kongenitalem Kropf bei einem zweijährigen Kinde, ohne Zirkulationsstörungen.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

John. *Ueber das Auftreten multipler Spontanfrakturen im frühen Kindesalter.* (Inaugural-Diss., Breslau 1903.)

Verf. berichtet ausführlich über drei an der Breslauer Kinderklinik zur Beobachtung gelangte Fälle von multiplen Spontanfrakturen. Es handelte sich um abnorm schwächliche, physisch und psychisch zurückgebliebene Kinder im Alter von 2 bis 3 Jahren, deren Knochensystem abgesehen von einer mäßigen Rachitis eine ausgesprochene Tendenz zu vollständigen Frakturen darbot. Dieselben zeigten die Neigung, ohne Behandlung und ohne Deformitäten zu hinterlassen, allerdings langsam, zu heilen. Was die Aetiologie dieser Knochenbrüchigkeit anlangt, so kann Verf., der einen der Fälle auch histologisch untersucht hat, eine befriedigende Erklärung nicht geben. Die Rachitis allein genügt jedenfalls nicht

als ätiologisches Moment; es ist vielmehr sicher, daß es sich in allen Fällen um eine spezifische Schädigung des Knochensystems gehandelt hat.

Steinitz (Breslau).

P. Mathieu. *Die rachitischen Deformitäten des Vorderarmes im Röntgenbilde.* (Inaug.-Diss., Leipzig 1903.)

Verf. fand Verkrümmungen der ganzen Vorderarme mit der Konvexität nach der dorsalen Seite, sowie Verbiegung der Knochen nach dem Spatium interosseum zu und erläutert diese Veränderungen durch Anfügung kurzer Krankengeschichten und beigelegte Röntgenogramme. Die Knochenverbiegungen kommen zustande durch Infraktionen, Muskelzug und Einwirkung der Körperlast, letzteres jedoch nur bei solchen Kindern, welche schon auf der Erde zu kriechen pflegen.

Brüning (Leipzig).

A. Tienes. *Ueber das Verhalten der Milz bei Rachitis.* (Inaug.-Diss., Leipzig 1903.)

Bei 250 an Rachitis leidenden Kindern der Leipziger Universitäts-poliklinik aus den Jahren 1889 bis 1902, darunter 144 Knaben und 106 Mädchen, fand Tienes 24mal, d. h. $9\frac{6}{10}\%$ Milztumor, u. zw. bei 17 Knaben und 7 Mädchen.

Tienes schließt u. a. aus diesen Beobachtungen, daß der Milztumor als Symptom der Rachitis nicht zu betrachten sei.

Brüning (Leipzig).

Hugh S. Beadles. *Ein Fall von infantilem Skorbut.* (Brit. Med. Journ. S. 843, 1903.)

Der Fall zeigte die charakteristischen Erscheinungen der Barlowschen Krankheit und wurde in rapide Heilung übergeführt, als man die präparierten Nährmittel, mit denen das Kind aufgezogen wurde, durch frische Milch und Pflanzensäfte ersetzte.

Melland (Manchester).

Ramiro de Oliveira. *Las vegetações adenoides, seu valor clinico, e da necessidade de uma intervenção radical.* (Gazeta med. da Bahia, Nr. 5.)

Autor berichtet über das häufige Vorkommen von adenoiden Vegetationen in Brasilien, erörtert die klinischen Erscheinungen und die Behandlungsarten. Unter anderem erwähnt er folgenden interessanten Fall. Es handelte sich um ein achtjähriges Mädchen mit üppigen adenoiden Vegetationen, welche Verf. zu entfernen beabsichtigte. Unterdessen wurde das Kind von Typhus befallen, in dessen Verlauf es zu einer Infektion des Nasenrachenraumes kam, mit Schwellung aus reichlicher fötider Sekretion. Trotz aller angewendeten Sorgfalt verbreitete sich die Infektion nach abwärts und es erfolgte Exitus durch Pneumonie.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

C. Merlo. *Contributo allo studio della ematologia nell' adenoidismo dell' infanzia.* (Beitrag zur Erforschung der Hämatologie beim kindlichen Adenoidismus.) (La pediatria, 1903, Nr. 8.)

Auf Grund von 16 Fällen, bei denen der Hämoglobingehalt vor und nach der Operation ermittelt wurde, konstatiert Verf. in

allen Fällen Zunahme an Hämoglobin, am höchsten in den ersten 48 Stunden nach der Operation.

Nach Vergleich der zwei Arbeiten Ruganis (1900) und Gentas (1900) sieht sich Verf. durch die Ergebnisse seiner Studien zur Vermutung geführt, daß die Veränderung der Blutkrasis bei Nasenobstruktionen mehr der Hypooxygenierung (Rugani) als einer Intoxikation (Masini und Genta) zuzuschreiben sei.

Dotti (Florenz).

F. H. Mitchell. *Rhythmische Kompression der Brust bei infantiler Kapillarbronchitis.* (Brit. Med. Journ., S. 911, 1903.)

Autor berichtet über einen Fall, wo durch eine Methode — die er Lungenmassage nennt — bei einem sechswöchentlichen Kinde, das sich bereits in Todesgefahr befand, noch Heilung erzielt wurde.

Melland (Manchester).

Lapin. *Ueber Bronchiektasien bei Kindern* (Archiv f. Kinderheilk., 37. Bd.)

Verf. beschreibt zehn einschlägige Fälle aus dem Olgaspital (Moskau) und bespricht anschließend unter Berücksichtigung der Literatur die Aetiologie, Pathologie, Semiotik und Diagnose der Bronchiektasien.

Bartenstein (Breslau).

E. Stolkind. *Ueber drei Fälle von Bronchialasthma bei Kindern* (Archiv f. Kinderheilk., Bd. 37.)

Verf. gibt eine kurze Zusammenstellung von Asthma verschiedener Aetiologie bei Kindern und beschreibt dann ausführlich drei selbst beobachtete Fälle bei Kindern im Alter von 8, 7 und 14 Jahren. Charcot-Leydenschc Kristalle und Curschmannsche Spiralen fand er nur in einem Falle. St. rechnet seine Fälle zum Asthma bronchiale nervosum. Beim zweiten Falle hörten die asthmatischen Anfälle nach Entfernung der adenoiden Vegetationen auf, während Verf. im dritten Falle „leichtes Lungenemphysem“ anzunehmen glaubt.

Bartenstein (Breslau).

S. Vere Pearson. *Latentes Emphyem bei Kindern.* (Brit. Med. Journ., S. 491, 1903.)

Kleine abgesackte Emphyeme geben Anlaß zur Abmagerung und Anämie mit unregelmäßiger Temperatursteigerung und oft nur spärlichen Symptomen, die auf eine Affektion des Respirationstrakts hinweisen. Die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und chronischer Bronchitis ist in zweifelhaften Fällen nur durch Probepunktion zu stellen.

Melland (Manchester).

J. Salmon. *Pylorusstenose im Kindesalter.* (Časopis česk. lék. 1903. S. 1049, 1071 u. 1096.)

Eine kasuistische Mitteilung aus der Praxis. Der Fall betrifft ein vier Wochen altes Kind, bei welchem die bekannten Symptome einer Pylorusstenose beobachtet wurden. Das Kind starb nach drei Wochen. Keine Leichenöffnung.

Scherer (Prag).

Rangel Pestana. *Ein schwerer Fall von Helminthiasis.* (Gazeta clinica de S. Paulo, Nr. 5.)

Dreijähriges Kind. Fiebersteigerung, Unruhe, Delirien, Verstopfung, Bauchschmerzen. Am folgenden Tage Verschlimmerung, Konvulsionen. Nach Kalomel treten Askariden im Stuhle auf. Autor gibt daher Santonin in verschiedenen Dosen, ohne bedeutenden Erfolg. Jedesmal erfolgt nach dem Austritte einiger Würmer leichte Besserung, dann aber immer wieder von neuem Verschlimmerung. Nach Anwendung einer alten amerikanischen Spezialität, des *Fahnestock* werden einige Stunden danach Askariden entleert und später sogar 149 auf einmal. Unmittelbar darauf völlige Wiederherstellung. Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

W. Pexa, Sekundararzt des böhmischen Kinderkrankenhauses des Kaisers und Königs Franz Joseph I. in Prag. *Ein Fall von Cirrhosis hepatis im Kindesalter.* (Časopis česk. lékař. 1903.)

Der Fall betraf einen sieben Jahre alten Knaben. Der Knabe wurde im Mai 1901 zum erstenmale im Krankenhaus aufgenommen. Man fand bei der ersten Aufnahme eine Vergrößerung der Leber und Milz ohne Aszites und ohne Oedem. Man diagnostizierte eine Intumeszenz der Leber. Der Knabe wurde im August l. J. entlassen. Nach zwei Monaten verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Knaben und er wurde von neuem aufgenommen. Bei der zweiten Aufnahme fand man eine starke Vergrößerung der Leber und Milz und Aszites. Der Harn normal. An der Lunge spärliche Rasselgeräusche und ein angedeutetes Expirium. Man dachte an eine chronische Peritonitis. Nach Verordnung von Tinct. arsen. Fowleri, Fol. uvae ursi und später Kali aceticum verordnete man Jodkali. Daraufhin nimmt der Umfang des Bauches rapid ab. Der Knabe wurde hierauf wieder entlassen. Nach kurzen Intervallen wurden die Symptome wieder auffallender und der Patient wurde abermals in das Spital aufgenommen, um dann nach kurzer Zeit entlassen zu werden. Bei der letzten (vierten) Aufnahme fand man Aszites, eine Vergrößerung der Leber und der Milz. Schließlich wurde die Diagnose einer chronischen hypertrophischen Leberzirrhose gestellt. Nach der Anamnese scheint es, daß es sich bei dem Knaben um eine Leberzirrhose infolge von häufigem Biergenusse handelte. Der Verfasser macht hiebei aufmerksam, daß bei Kindern ganz unbedeutende Dosen von alkoholischen Getränken, welche selbst kurze Zeit bei Kindern verabreicht wurden, genügen, um eine Erkrankung der Leber hervorzurufen.

Scherer (Prag).

J. C. Forster. *Akute Alkoholvergiftung bei einem vierjährigen Kinde.* (Brit. Med. Journ., S. 1142, 1903.)

Das Kind trank zwei Unzen (ungefähr 30 cm³) Whisky auf nüchternen Magen. Innerhalb drei Viertelstunden trat totale Bewußtlosigkeit, kompletter Kollaps ein, Puls unzählbar und augenscheinlich moribund. Nach Auswaschung des Magens mit sub-

kutanen Strychnin- und Digitalininjektionen Besserung; aber erst nach einem Klysma mit Salzlösung trat völlige Wiederherstellung ein.

Melland (Manchester).

Th. Frölich. *Ueber intermittierende Albuminurie im Kindesalter.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1903, S. 619.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher Verf. die Untersuchungen über diejenigen leichten und transitorischen Albuminurien, die vor der Zeit Pavys und Teissiers veröffentlicht sind, bespricht, gibt er eine kurze Uebersicht über die Stellung der physiologischen Albuminurie wie auch eine übersichtliche Darstellung von dem Auftreten und dem klinischen Verlaufe der verschiedenen Arten der intermittierenden Albuminurie. Verf. hat in der pädiatrischen Universitätsklinik in Christiania 13 Fälle im Alter von 7 bis 14 Jahren teils poliklinisch teils klinisch genau untersucht.

Nach diesen Untersuchungen meint Verf., daß man zwischen einer renalen und einer funktionellen intermittierenden Albuminurie unterscheiden muß. Die funktionelle Albuminurie tritt besonders im kindlichen und juvenilen Alter auf, obwohl man auch in diesem Alter eine renale Albuminurie nach einer Infektionskrankheit oder als Ausdruck einer primär infektiösen Nephritis sehen kann.

Unter den Ursachen der funktionellen Albuminurie kommt in erster Reihe die mechanische Wirkung des Ueberganges von der horizontalen zur vertikalen Stellung in Frage; ohne eine gleichzeitig vorhandene Anämie aber glaubt Verf. nicht, daß die Albuminurie zustande kommt. Diese Kinder sind deshalb als Kranke anzusehen.

Betreffs der verschiedenen Formen der intermittierenden Albuminurie (orthotische, zyklische usw.) glaubt Verf., daß eine scharfe Sonderung unmöglich ist, weil die Albuminurie in jedem Falle wechseln kann, nachdem man den Patienten zu verschiedenen Zeiten aufstehen oder sich legen läßt. Die Bezeichnung zyklisch hat aber ihre volle Berechtigung, wenn der Patient jeden Tag in derselben Weise zubringt und zur selben Zeit aufsteht und ins Bett geht. Zuweilen findet Verf. Albuminurie auch im ersten Tagesharn; in diesen Fällen aber ist der Patient häufig in den letzten Nachtstunden (um 6 Uhr) behufs Harnlassen außer Bett gewesen — das mechanische Moment des Aufstehens ist somit zur Wirkung gekommen.

Gleichzeitig mit der Albuminurie findet Verf. als Regel Nukleoalbuminurie.

Mikroskopisch hat Verf. bei beinahe sämtlichen Patienten in dem zentrifugierten Harn Rundzellen und Epithelzellen (besonders das sogenannte Nierenepithel) gefunden; hyaline Zylinder hat Verf. bei vier gefunden, bei einem zugleich granulierte Zylinder (dieser Patient litt an einer renalen intermittierenden Albuminurie). Die Oxalsäurekristalle spielen keine Rolle und können selten in dem frisch gelassenen Harn nachgewiesen werden.

Die Milchdiät ist ohne Einfluß auf diese Albuminurien. Die Prognose ist eine gute; erst nach dem Pubertätsalter aber kann man ein völliges Schwinden der Albuminurie erwarten. Hat man nach sehr eingehenden Untersuchungen den funktionellen Charakter der Albuminurie konstatiert, muß man diese Patienten der Lebensversicherung gegenüber als gesund erklären.

Frölich (Christiania).

G. B. Allaria. *Ricerche ematologiche sulle porpore. (Hämatologische Untersuchungen über Purpura.)* (Rivista di Clinica pediatrica, 1903, Nr. 10.)

Bei sechs an Purpura verschiedenen Ursprungs und Schwere kranken Kindern fand Verf. Hämoglobin spärlich, rote Blutkörperchen blaß, an Form und Volumen normal, orthochromatophil. Oligozythämie, keine Nukleierung. Globulärer Wert unter der Einheit (chlorotischer Typus). Leukozyten orthochromatophil, normaler Form; geringe Leukozytose in drei Fällen; Polynukleosis während dem akuten Stadium relativ, mit relativer Spärlichkeit der Lymphozyten; in der Rekonvaleszenz Rückkehr zum normalen Verhältnis. Eosinophile in normaler Zahl in 5 Fällen, in 1 fehlend; große Mononukleäre und Uebergangsformen spärlich. Weder Basophile noch Mielozyten.

Gerinnung rasch.

Serum schied sich immer reichlich aus, durchsichtig, hell.

Hämolytische Wirksamkeit: keine Isolysis (Globuli von gesunden und kranken Menschen); Heterolysis (Globuli von Kaninchen) von mittlerer Intensität. Die Globuli der Purpura-kranken lösten sich in Seren gesunder und kranker Menschen nicht.

Agglutinationstätigkeit sehr verschieden, regellos.

Bakteriologische Untersuchung negativ, sowohl auf Venenblut als auf den Flecken (Neufeldsche Methode).

Schlußfolgerungen: Anämie von chlorotischem Typus mit während des Anfalles inkonstanter neutrophiler Leukozytose; keine andere morphologische Veränderung. Physikalische und biologische Merkmale wie in normalen Seren.

Denselben Befund hatte Verf. auch im Blut an hämorrhagischen Krankheiten leidender, von Purpura freier Kinder (Nephritis, knotiges Oedem). Keine der vorgefundenen Veränderungen kann als für Purpura charakteristisch bezeichnet werden. Dotti (Florenz).

Bertarelli und Volpino. *Morphologische und biologische Beobachtungen über einen Fall von Wutkrankheit beim Menschen.* (Zentralbl. f. Bakteriologie, 35. Bd., Nr. 2.)

Bei Untersuchung eines Falles von Wut bei einem zwölfjährigen Knaben konnten die Negrischen Körperchen sowohl im Ammonshorn als auch in den Purkinjesehen Zellen gefunden werden. Die Verfasser glauben noch nicht an die parasitäre Natur dieser Gebilde.

Bartenstein (Breslau).

F. Zeleński. *Ein Beitrag zur Frage der Serumbehandlung des Tetanus (subkutane und subdurale Injektionen).* (Polnisch.) (Przegląd lekarski, Nr. 37.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Tetanus, die mit Serum von Bujwid (Krakau) behandelt wurden.

Zwei Fälle von Tetanus traumaticus bei sechs Jahre altem Knaben und elf Jahre altem Mädchen, nur in einem Genesung; und ein Fall von Tetanus neonator. (12 Tage). In diesem Falle bekam das Kind dreimal 10 cm³ vierfachen Serums. Besserung nach 2 Tagen, nach 12 Tagen Genesung.

J. Brudziński (Warschau).

Olinto de Oliveira. *Le syndrome asthmatique dans la grippe.* (Semaine medicale, 13. Mai 1903.)

Schilderung von asthmatischen Anfällen bei der Influenza der Kinder. Verf. unterscheidet drei Formen, eine leichte, eine toxische und eine nervöse Form der Asthmaanfälle. Alle drei Formen will er aber auf zerebrale Reizung zurückführen. Die schweren toxischen Formen unterscheiden sich aber in nichts von den gewöhnlichen Bildern einer schweren Bronchitis oder Pneumonie.

Bartenstein (Breslau).

A. Josias. *Sérothérapie de la fièvre typhoïde chez les enfants.* (Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1903, Nr. 3.)

Verf. benutzte zur Behandlung des Typhus ein von Chantemesse hergestelltes Pferdeserum, das antibakteriell und antitoxisch wirken soll. Unter 50 Kindern zwei Todesfälle an Typhus. Außer Herabsetzung der Mortalität gegenüber anderen Hospitälern will Verf. keinen nennenswerten Einfluß gesehen haben.

Bartenstein (Breslau).

A. Josias und Louis Tollemer. *La séro-réaction de Widal chez l'enfant.* (Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1903, Nr. 3.)

Bericht über den positiven Ausfall der Widal-Reaktion bei 50 Typhuskranken.

Bartenstein (Breslau).

Gueirós Mattoso. *Febre typhoïde cerebro-espinal infantil.* (Rev. med. de S. Paulo, Nr. 22.)

Zwölfjähriges Mädchen wird von Fieber ergriffen, Erbrechen, Kopfschmerz, Kontraktion der Nackenmuskeln. Sensorium normal, meningitische Erscheinungen, Kernigs Symptom, Zunge trocken, Milz vergrößert, schmerzhaft; anfangs Verstopfung, hernach Diarrhöe. Fortschreitende Verschlimmerung, Temperatursteigerung, Aphasie, Koma, Tod am zehnten Tage. Autopsie: Meningen stark kongestioniert, besonders an der Basis, wo auch Eiter vorhanden; Darmschleimhaut hyperämisch, pigmentiert, Peyersche Plaques ziemlich geschwellt, gerunzelt und mit schwärzlichen Blutpunkten versehen; Mesenterialdrüsen vergrößert; Milz geschwellt, Ebertsche Bazillen enthaltend.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

G. B. Allaria. *Osservazioni sulla sindrome tifoide prodotta nei bambini dal b. paratyphi. (Bemerkungen über den bei Kindern durch den b. paratyphi erzeugten typhoiden Verlauf.)* (Riforma medica, 1903, Nr. 147.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen er durch Symptome und Bakterienbefund zu Diagnose auf Paratyphus geführt worden war. Im Gegensatz zur Meinung Ascolis, Roux' und Rodets, die die Individualität dieses Verlaufs geleugnet haben, glaubt Verf., daß dem b. paratyphi die Spezifität besonders auf Grund der Tatsache zuzumessen sei, daß das Blut Paratyphöser den b. paratyphi, nicht aber den b. typhi agglutiniert. Dotti (Florenz).

Sukehito-Ito. *Ueber die Aetiologie von „Ekiri“, einer eigentümlichen, sehr akuten, ruhrartigen, epidemischen Krankheit in Japan.* (Zentralblatt für Bakteriologie, 34. Bd., Nr. 6 und 7.)

„Ekiri“ befällt fast ausnahmsweise Kinder zumeist im Alter von vier bis sechs Jahren; bei Säuglingen unter 10 Monaten ist Ekiri noch nicht beobachtet worden, ebenso kommt sie jenseits des 13. Lebensjahres sehr selten vor. Die Krankheit charakterisiert sich durch ganz plötzlichen Eintritt mit hohem Fieber (über 40° C), schleimige Stühle (häufig mit Blutbeimengungen ohne Tenesmus), Krampfanfälle bei jüngeren Kindern, dann Koma (bei älteren Kindern sofort Koma ohne Konvulsionen), dann Tod durch Herzlähmung. Ueber 30% Mortalität. Die Krankheit verläuft äußerst stürmisch und gehen die Kinder innerhalb 10 bis 24 Stunden zugrunde. Wenn die Krankheit günstig verläuft, so heilt sie in drei bis vier Tagen ab. Pathologisch-anatomisch findet man hochgradige Enteritis follicularis. Als Erreger der „Ekiri“ wird von Ito ein koliähnliches Stäbchen angesehen, das aber Milch nicht koaguliert, eine lebhaftere Eigenbewegung, aber verlangsamte Indolbildung besitzt. Das Stäbchen wird nur vom Blutserum von Ekirikranken agglutiniert, nicht aber vom Blutserum von Dysenterie- und Typhuskranken. Das Blutserum von Ekirikranken agglutiniert aber auch keine Dysenterie- und Typhuserreger. Bartenstein (Breslau).

Welander. *Ueber die Behandlung der Augenblennorrhöe mit Albargin.* (Arch. f. Derm. und Syph., 1903, Bd. 67.)

Welander rühmt die guten Resultate der Behandlung der Augenblennorrhöe mit möglichst oft wiederholter, prolongierter Applikation einer 1%igen Albarginlösung, die relativ wenig reizt und die Eiterung nicht unterhält. Grouven (Bonn).

L. Hirsch. *Die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum.* (Deutsche Ärzte-Zeitung 1903, Nr. 24.)

Verf. fordert als wirksamen Schutz gegen Erblindung nach Blennorrhöe sofortige polizeiliche Meldung durch Hebamme oder Arzt und eventuelle Behandlung der Augeneiterung auf Gemeindekosten. Bartenstein (Breslau).

Reyher. *Zur Aetiologie und Pathogenese des Keuchhustens.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 58. Bd.)

Verf. nimmt auf Grund seiner Untersuchungen in der Heubnerschen Klinik das Stäbchen von Czajlewski als Erreger des Pertussis an. Zum Nachweis ließ er Blutserumplatten von den Patienten anhusten, womit eine leichte Isolierung einzelner Kolonien

ermöglicht wurde. Im Gegensatz zu Czaplewski fand Verf. auch junge Kulturen nach Gram entfärbt. Der Bazillus war bei allen untersuchten Fällen konstant vorhanden. 34 Krankengeschichten sind beigegeben. Bildung von Antikörpern und Tierübertragungen sind noch nicht nachgewiesen. Bartenstein (Breslau).

Manicatide. *Ueber die Aetiologie und Serotherapie des Keuchhustens.* (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., 45. Bd.)

Verf. glaubt in 82 Fällen, ebenfalls wie viele andere, den richtigen Erreger des Keuchhustens gefunden zu haben (Bazillus Z). Derselbe soll weder mit dem Czaplewskischen, noch mit dem von Jochmann und Krause gefundenen Erreger übereinstimmen. Mit Serum von Pertussispatienten wird der Bazillus agglutiniert. Injiziertes Serum soll entschieden auf die Krankheit heilend wirken.

Bartenstein (Breslau).

v. Brunn. *Die Pneumokokken-Peritonitis. Ein typisches Krankheitsbild.* (Bruns Beitr. z. kl. Chir., Bd. 39, S. 57.)

Unter Zugrundelegung zwei eigener Beobachtungen bei einem Kinde und einem Erwachsenen und von 57 Fällen der Literatur bei Kindern und 15 bei Erwachsenen zeichnet Verf. eingehend das anatomische und klinische Bild der Pneumokokken-Peritonitis. Während es bei Erwachsenen kaum von dem gewöhnlichen Bilde der eitrigen Peritonitis zu unterscheiden ist, ist es bei Kindern entschieden ein typisches und diagnostizierbares. Meist betrifft die Erkrankung Mädchen, ohne daß nach der Lokalisation des Eiters ein Ausgang von den Genitalien wahrscheinlich wäre. Nach einem Vorstadium, in dem Lungenerscheinungen im Vordergrund stehen, oft aber auch ohne Vorboten, setzen plötzlich schwere abdominale Krankheits-symptome ein, allgemeiner und lokaler Natur. Schwerer Allgemeinzustand, hohes Fieber, diffuse Bauchschmerzen, manchmal schon im Anfang an einzelnen Stellen in verstärktem Maße. Die Schmerzen sind sehr heftig, manchmal kolikartig, kontinuierlich oder intermittierend; Erbrechen, oft tagelang; Diarrhöe. Nach einigen Tagen Nachlaß der schweren Symptome, Aufhören des Fiebers und Erbrechens, Verminderung der Schmerzen und Entwicklung eines chronischen Stadiums, das viele Wochen andauern kann. Während desselben entwickelt sich unter unregelmäßigen Fiebererscheinungen, sehr selten unter typischem Eiterfieber, ein Eitererguß im Abdomen, entweder diffus oder in umschriebenen Abszessen. Der Bauch ist nur selten dabei druckempfindlich. Lange Zeit kann der Allgemeinzustand leidlich gut bleiben, aber schließlich kommt es doch zu Abmagerung und Kräfteverfall. Die Eiteransammlung kann exzessiv groß werden; keineswegs selten erfolgt Spontandurchbruch, stets am Nabel. Doch ist Spontanheilung trotzdem selten und ohne Entleerung des Eiters durch Laparotomie ist das Kind fast stets verloren. Mit Laparotomie, die den charakteristischen gelbgrünen, meist geruchlosen Eiter oft in riesiger Menge entleert, und die massenhaften dicken Fibrinbeschläge des Peritoneums aufzeigt, kommt es sehr

oft zur Heilung, unter 50 Fällen 40mal. Die Prognose ist also im ganzen relativ gut. Schiller (Karlsruhe).

J. A. Coutts. *Ein Fall von purulenter Perikarditis bei einem Kinde.* (Brit. Med. Journ., S. 359, 1903.)

Das Interessante des Falles lag in der langen Dauer, nämlich 17 Wochen. Die Ursache bildete eine primäre Pneumokokkeninfektion, ohne daß deutlich eine Komplikation mit Pneumonie oder Emphyem hervortrat. Melland (Manchester).

S. Holth. *Ulcus tuberculosum conjunctivae bulbi.* (Forhandlinger i det medicinske selskab i Kristiania 1903, S. 95.)

An einem vierjährigen Mädchen demonstrierte Verf. ein rundes, 10 mm großes Ulcus, das an der oberen Hälfte der Conjunctiva bulbi und am Rande der Cornea sitzt. Die Geschwürsfläche ist graulich, mit einzelnen gelblichweißen, stecknadelkopfgroßen Pünktchen besetzt; die Ränder des Geschwürs sind aus zahlreichen, rötlichgrauen, mehr als stecknadelkopfgroßen Knötchen zusammengesetzt. Am Limbus überdies zwei subkonjunktivale Tuberkeln, das größte mit einem Diameter von 2 mm.

Frölich (Christiania).

E. Neter. *Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., 36. Bd.)

Mitteilung von vier Krankengeschichten mit Obduktionsbefund von Mädchen im Alter von 1, $1\frac{1}{4}$, $1\frac{1}{2}$ und $4\frac{1}{2}$ Jahren; die Autopsie ergab Tuberkulose der Genitalien; am meisten waren die Tuben (käsige Salpingitis) ergriffen, dann der Uterus. Die drei ersten Fälle sind als sekundäre Tuberkulosen aufzufassen, dagegen der letzte als ein primärer Sitz der Tuberkulose, wenn auch die Eingangspforte für die Infektion nicht festzustellen war. Bei diesem Mädchen hatte ein dicker, gelber, eitriger Ausfluß aus der Vagina bestanden, der aber nicht näher untersucht wurde. Da man manchmal im Vaginalfluor Tuberkelbazillen finden soll, weist Neter auf die Wichtigkeit hin, bei Verdacht auf Peritonealtuberkulose und anderen suspekten Fällen einen etwa bestehenden Fluor bei Mädchen auf Tuberkelbazillen zu untersuchen und hofft dadurch, ein diagnostisches Hilfsmittel zu besitzen.

Bartenstein (Breslau).

Voerner. *Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Richl.* (Archiv f. Derm. u. Syph. 1903, Bd. 66.)

Verf. kommt auf Grund der verschiedenen in der Literatur niedergelegten Statistiken zu dem Schlusse, daß in Fällen frischer Syphilis der Mutter die exakte Allgemeinbehandlung nicht imstande ist, den Einfluß der hereditären Syphilis auf den Fötus wesentlich zu beschränken.

Die Richlsche Behandlungsmethode basiert auf der Voraussetzung, durch Applikation von Merkurpräparaten auf den Scheidenteil der Gebärmutter diese wie ihren Inhalt vor den Veränderungen, welche die Syphilis hervorruft, zu schützen.

Die Behandlung besteht darin, daß Globuli vaginales, aus je 1 g offizineller grauer Salbe und 1 bis 2 g But. Cac. in die

Vagina bis zur Portio eingeführt und hier durch Tampon fixiert werden.

Man beginnt mit dieser Lokalbehandlung, sobald die Schwangerschaft konstatiert oder nur wahrscheinlich geworden ist und setzt sie fort bis zum Ende der Gravidität.

Schädigende Nebenwirkungen wurden nie beobachtet.

Verf. folgert aus den Krankengeschichten der seit 1897 auf der Riehlschen Abteilung ausnahmslos so behandelten Gravidæ mit rezenter Syphilis, daß durch gleichzeitige lokale Behandlung des schwangeren Uterus nach Riehl (Allgemeinbehandlung ging stets nebenher) die Zahl der Aborte, die Morbidität der Kinder erheblich günstiger beeinflußt wird als durch alleinige exakte Allgemeinbehandlung der Mutter.

Grouven (Bonn).

B. Korybut-Daszkiewicz. *Ueber die frühesten Symptome der Lues heredit. bei Kindern.* (Polnisch.) (Medycyna, Nr. 37, 38.)

Die frühesten Symptome sind die glänzenden Fußsohlen, lackierte, rote Fersen, Infiltrate in reg. glut. Wenn diese Symptome nach Bädern, Einpudern nicht verschwinden, erweisen sie sich meistens spezifisch. Beweis dafür liefert das Resultat der spezifischen Behandlung und leider öfter eintretende Luesansteckung der Amme.

Verf. führt fünf Beobachtungen von Ammenansteckung im Warschauer Findelhause bei sehr geringen oben beschriebenen Veränderungen.

J. Brudziński (Warschau).

Moncorvo Filho. *Valor do dente de Hutchinson na heredo-syphilis.* (Brazil med., Nr. 40.)

Kasuistischer Beitrag.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

Rudolf Matzenauer. *Die Vererbung der Syphilis.* (Ergänzungsheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis 1903.)

Eingangs seiner überaus interessanten Ausführungen bespricht der Verfasser zunächst den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis.

Die Existenz der hereditären Syphilis ist allgemein anerkannt. Darüber jedoch, wie die Vererbung der Syphilis auf die Kinder stattfindet, herrscht noch die größte Verwirrung.

A priori wäre eine Vererbung der Syphilis denkbar, 1. auf germinativem Wege, u. zw. a) durch das Sperma, b) durch das Ovulum und 2. auf plazentarem Wege durch intrauterine Infektion der Frucht.

Der Uebergang der Syphilis von der Mutter auf das Kind wird heute von niemandem mehr bezweifelt, nur die Frage ist strittig, ob die Ursache hiefür auf der intrauterinen oder ovulären Infektion beruht.

Dagegen ist die paterne Syphilis zwar meist angenommen, aber auch von vielen bestritten worden.

Ein Hauptargument gegen dieselbe ist die Tatsache, daß das Sperma nicht infektiös ist, d. h. keinen Primäraffekt zu erzeugen vermag.

Die Anhänger der paternen Vererbung streiten nun darüber, ob die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes in jedem Falle selbst als syphilitisch zu betrachten sei (choc en retour), oder ob sie trotzdem gänzlich frei von Syphilis bleiben kann.

Für die erstere Ansicht wird das Colles'sche Gesetz, für die letztere das Vorkommen von Ausnahmen von diesem Gesetze und die Tatsache in Anspruch genommen, daß häufig Mütter hereditär-luetischer Kinder trotz jahrelanger Beobachtung stets frei von Syphiliserscheinungen befunden wurden.

Kassowitz, dessen Werk „Die Vererbung der Syphilis“ für diese Fragen epochemachend war, leitete die Vererbung der Syphilis in jedem Falle von germinativem Ursprunge, d. i. von infizierten Keimzellen, Spermatazoen oder Ovulum, her.

Ein Hauptdogma der Kassowitzschen Thesen, die M. ausführlicher wiedergibt, ist die Behauptung, daß eine große Zahl von Frauen, wenngleich sie syphilitische Früchte geboren haben, doch völlig frei von Syphilis bleiben.

Ihre Immunität gegen syphilitische Infektion (Collesches Gesetz) ist nach Kassowitz der einzige wirklich bemerkenswerte Einwurf hiergegen. Und hiefür liefert eine befriedigende Erklärung die Fingersche Theorie, daß von einem hereditär syphilitischen Kinde zwar nicht die Syphilis-erreger, also nicht die Krankheit selbst, sondern bloß die immunisierenden Substanzen auf die Mutter übergehen.

Der heutige Stand der Lehre von der hereditären Syphilis, wie sie von Finger präzisiert und von den meisten Autoren angenommen ist, gipfelt in der Anschauung, daß die Vererbung der Syphilis sowohl vom Vater als auch von der Mutter her möglich ist. Während aber beim Vater die Vererbung natürlich ausschließlich auf germinativem Wege gedacht werden kann, ist die Vererbung von seiten der Mutter sowohl auf germinativem Wege durch das schon von Haus aus kranke Ovulum als auch auf plazentarem Wege durch intrauterine Infektion möglich.

Die verschiedenen Lehren und Vererbungsmöglichkeiten unterzieht M. nun einer kritischen Betrachtung. Nur eine einzige Vererbungsmöglichkeit, u. zw. die intrauterine plazentare liegt dann vor, wenn die Mutter postkonzeptionell infiziert wurde.

In Analogie mit anderen Infektionskrankheiten ist dieser Uebertragungsmodus auch für die Syphilis einwandfrei sichergestellt.

Die intrauterine Uebertragung ist jedoch nicht obligat, sondern nur fakultativ. Dieselbe wird von allen Autoren akzeptiert.

Matzenauer wendet sich sodann gegen die gleichfalls als erwiesen angenommene Behauptung, daß auch die innerhalb der letzten zwei Schwangerschaftsmonate akquirierte Syphilis der Mutter noch auf das Kind übertragen werden könne und weist nach, daß in den hiefür angeführten Fällen die Infektion der Mutter tatsächlich schon früher stattgefunden habe und nur der Ausbruch des Exanthems entweder verzögert wurde oder unbeachtet blieb.

Wäre es doch auch wohl kaum anzunehmen, daß die gleichen Bakterien eine kürzere Inkubationszeit benötigen, um eine Plazentarerkrankung herbeizurufen als sonst, um überhaupt Allgemeinerscheinungen zu erzeugen.

Im Gegensatz zur plazentaren Vererbung ist die germinative seitens der Mutter, die ovuläre, in keinem Falle zu erweisen.

Infolgedessen und speziell mangels einer Analogie für diese Möglichkeit bei anderen Infektionskrankheiten stellt sich M. auf den Standpunkt, daß in jedem Falle die materne Syphilisvererbung durch plazentare intrauterine Infektion der Frucht erfolge. Dieselbe ist kein obligater, sondern ein fakultativer Vorgang, auch wenn die Infektion der Mutter vor der Konzeption erfolgte, was besonders aus den Vererbungsverhältnissen bei Zwillingen hervorgeht.

Unter welchen Umständen kommt es nun zu einem Uebergange von Mikroorganismen von der Mutter auf das Kind?

Matzenauer kommt auf Grund der neueren Arbeiten über diese Frage zu dem Schlusse, daß, da die völlig normale Plazenta einen Schutz gegen den Uebergang selbst belebter korpuskulärer Elemente darbietet, wahrscheinlich in jedem Falle von intrauteriner Infektion der Frucht eine wenn auch an sich unbedeutende Läsion des Plazentargewebes, speziell Gefäßveränderungen, vorhanden sein müssen.

Zweifelloos spezifische Erkrankungen der Plazenta sind seit Virchow sichergestellt.

Aus den seitherigen Erfahrungen ergibt sich nun, 1. daß allerdings nicht in jedem Falle von Vererbung eine Plazentarerkrankung nachweisbar

war; 2. daß aber eine auffallende ausgedehnte pathologische Veränderung der Plazenta auch gar nicht notwendig ist, sondern daß vielmehr schon geringfügige, makroskopisch oft nicht wahrnehmbare Gefäßveränderungen genügen, um Bazillen vom mütterlichen in den fötalen Kreislauf überzutreten zu lassen; 3. daß angeblich trotz Plazentarerkrankung das Kind gesund bleiben kann. (?)

Besonders bedeutsam für die Frage der paternen Vererbung sind die Beobachtungen der Plazentarsyphilis bei angeblich gesunden Müttern.

Matzenauer erblickt darin, daß in derartigen Fällen gerade eine Erkrankung auch der mütterlichen Plazenta konstatiert werden konnte, einen Beweis dafür, daß jene anscheinend gesunden Mütter nicht wirklich syphilitisch, sondern nur latent syphilitisch sind.

Die Schwere der syphilitischen Erkrankung des Kindes ist nicht proportional der Intensität der Syphilis der Eltern. Maßgebend ist hier in erster Linie die verschiedene Widerstandsfähigkeit, die im allgemeinen beim Kinde geringer ist, weil weniger Schutzstoffe vorhanden sind.

Außerdem kommt auch noch der Zeitpunkt in Frage, zu welchem die Bakterien infolge Plazentarerkrankung von Mutter auf Kind übertragen werden.

Je später dies erfolgt, umso günstiger ist es für das Kind.

Keine Rolle spielt dagegen die Virulenz der Syphilisbakterien. Die allmählich abnehmende Intensität der Vererbungssyphilis ist vielmehr dadurch bedingt, daß bei rezenter und daher vollvirulenter mütterlicher Syphilis eine Plazentarerkrankung relativ häufiger, frühzeitiger und rascher eintritt, als bei älterer und daher schon abgeschwächter Syphilis.

Daß rezent syphilitische Mütter gesunde Kinder gebären können, sowie das noch auffallendere Vorkommen der alternierenden Krankheitsvererbung ist aus Analogie mit anderen Infektionskrankheiten sowie durch die Annahme erklärlich, daß eine Plazentarerkrankung nicht in jedem Falle eintreten braucht, vielleicht durch eine merkurielle Behandlung verhindert wird.

Matzenauer geht sodann zur Frage der Syphilisvererbung auf germinativem Wege über und weist nach, daß ein analoger Vorgang bei anderen Infektionskrankheiten keineswegs erwiesen ist (Febrine, Lepra, Tuberkulose). Es gibt keine Infektionskrankheit, bei welcher man innerhalb eines Spermatozoon oder der weiblichen Keimzelle pathogene Mikroorganismen sicher nachgewiesen hätte.

Hiermit steht in Übereinstimmung die fast allgemein angenommene Nichtinfektiosität des Spermas Syphilitischer an und für sich.

Daß demselben ebenso wie bei Tuberkulose, Lepra, Febrine Krankheitserreger beigemischt sein könnten (bei bestehender Hodenerkrankung), kommt für die Vererbung nicht in Betracht.

Matzenauer bespricht im folgenden lediglich noch die Frage der paternen Vererbung der Syphilis, da die weder zu beweisende noch auszuschließende ovuläre mit jener steht und fällt.

Diese Frage findet nun ihre Erledigung durch die Beantwortung der anderen: Kann eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären?

Die rezente Erkrankung der Mutter wird fast regelmäßig auf das Kind vererbt. Demgegenüber ist die Tatsache, daß rezent syphilitische Männer, wenn sie ihre Frauen nicht infiziert haben, vollständig gesunde (nicht immune) Kinder zeugen können, allgemein anerkannt. Fälle der Art sind keine Ausnahmen von der Regel, sondern ein tägliches Vorkommen, nach Matzenauer bilden sie die Regel ohne Ausnahme, so daß also von einer aprioristisch geforderten Gleichberechtigung der beiden Keimzellen bei der Vererbung keine Rede sein kann.

Den letztgenannten Fällen steht nun aber eine ansehnliche Zahl von Beobachtungen gegenüber, in welchen trotz „anscheinend“ gesunder Mutter bei sicher konstatierter Syphilis des Vaters eine Vererbung der Krankheit wirklich eintrat.

Schon von den meisten französischen Autoren (Fournier, Jullien, Diday) wird der auch von Matzenauer verfochtene Standpunkt vertreten: „Pas de syphilis héréditaire sans infection de la mère“.

Diesen Grundsatz als richtig angenommen, kann natürlich die Frage einer paternen Vererbung nur beim Erstgeborenen aufgeworfen werden.

Daß die Frau nicht infiziert wurde, weil die Syphilis des Mannes im Beginn der Ehe bereits eine ältere, latente oder nicht mehr infizierende gewesen sei (Kassowitz), bestreitet Matzenauer mit dem Hinweis darauf, daß eine Kontaktinfektion selbst nach vielen Jahren mit ebensoviel Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, als eine Vererbung nach gleich langer Zeit und durch die Betonung der Infektiösität sowohl als auch der Vererbungsfähigkeit der Syphilis auch im sogenannten tertiären Stadium.

Ebensowenig kann der von Kassowitz angezogene indirekte Beweis für die Gesundheit der Mutter anerkannt werden, daß die Geburt eines reifen, lebensfähigen, wenn auch syphilitischen Kindes gegen eine rezente, nicht behandelte Syphilis des Vererbenden spreche.

Können doch rezent syphilitische Mütter sogar völlig gesunde Kinder gebären, wie dies das Gesundbleiben eines Zwillingen und alle Ausnahmen vom sogenannten Profetaschen Gesetze beweisen.

Ferner wird von Kassowitz als Beweis für die paterne Syphilisvererbung bei Gesundbleiben der Mutter angeführt die Geburt gesunder Kinder nach spontanem oder künstlich herbeigeführtem Erlöschen der Vererbungsfähigkeit der Syphilis des Vaters. Ähnlich argumentieren Finger und Hochsinger.

Nach Matzenauer erklären sich alle Beobachtungen der Art ungewungen durch das allmähliche Erlöschen der Vererbungsfähigkeit der Syphilis der in Wirklichkeit infizierten Mutter und den fakultativen Charakter der Syphilisvererbung überhaupt.

Er glaubt infolgedessen, daß eine konsequente Behandlung der angeblich gesunden Mutterluetischer Kinder weit eher geeignet ist, als die väterliche Behandlung, um die Vererbung der Syphilis möglicherweise zu coupieren.

Die letztgenannten Gründe führt Matzenauer sodann auch gegen das von Kassowitz schließlich noch aufgestellte Argument ins Feld, daß Frauen, die, ohne angeblich selbst zu erkranken, von ihrem ersten syphilitischen Manne syphilitische Kinder gebären, mit einem zweiten nicht syphilitischen Manne sofort gesunde Kinder zeugen. Die Kinder sind eben deswegen syphilisfrei, weil die Syphilis der Mutter in diesen Fällen nicht vererbt wurde, trotzdem diese selbst syphilitisch infiziert war.

Die von den Anhängern der paternen Vererbung für diese angeführte Verschiedenheit in der Intensität der Erkrankung bei Zwillingen, bzw. das Gesundbleiben des einen derselben erklärt Matzenauer durch das verschiedene Verhalten der getrennten Plazenten, von denen die eine weniger oder überhaupt nicht geschädigt sein kann und dementsprechend den Uebertritt der Mikroorganismen einen größeren Widerstand entgegengesetzt, wie dies durch anatomische Untersuchungen tatsächlich erhärtet sei.

Matzenauer geht nunmehr über zu der Frage: „Ist der Mangel an nachweisbaren Syphiliserscheinungen ein Beweis für das Fehlen einer dennoch wirklich vorausgegangenen Syphilisinfektion?“

Die Beobachtungen, nach denen Mütter syphilitischer Kinder gesund befunden wurden, kritisiert Matzenauer rücksichtlich unvollständiger oder verspäteter Untersuchung und der Möglichkeit eines abortiven Verlaufes der Erkrankung, die infolgedessen leicht übersehen werden kann.

Er betont als entscheidendes Moment, daß solche anscheinend gesunde Mütter später, wie von zahlreichen Autoren bestätigt wird, teils sekundäre, teils tertiäre Syphiliserscheinungen bekommen haben (Syphilis conceptionnelle précoce, Choc en retour — Syphilis conceptionnelle tardive, Tertiariusmus d'emblée), daß dieselben, wenn sie auch späterhin frei von syphilitischen Symptomen bleiben mögen, gegen Syphilisinfektion immun sind (Colles-Baumèsches Gesetz).

Von letzterem Gesetze sind nun eine Anzahl von Ausnahmen in der Literatur niedergelegt, die natürlich, wenn sie einwandfrei wären, direkt beweisend für den paternen Ursprung der Syphilis und für das Freibleiben der Mutter angesehen werden müßten.

Nach Matzenauer erklären sich jedoch diese scheinbaren Ausnahmen:

1. Durch extrauterin akquirierte Syphilis des Kindes;
2. durch eine schon vor der Entbindung akquirierte, aber unbeachtete Syphilis der Mutter, deren erste auffällige Symptome für rezente Erscheinungen gehalten wurden, in Wirklichkeit aber Rezidive waren;
3. durch mangelhaft beschriebene oder nur flüchtig erwähnte Beobachtungen.

Die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes ist ausnahmslos in jedem Falle immun gegen Syphilis, wengleich sie keine Erscheinungen von Syphilis bietet.

Diese Immunität ist nun nach Finger kein Beweis für das Bestehen der Erkrankung selbst.

Immunität kann nach Finger ohne Syphilis erworben werden:

1. Wenn man Mutter wird eines vom Vater syphilitischen Kindes und die Infektion vom Vater und vom Kinde ausgeht;
2. als Kind syphilitischer Eltern, wenn man der Vererbung der Syphilis entgeht. (Profetasches Gesetz.)

Bezüglich der ersteren Eventualität betont Matzenauer, daß das Vorkommen von Gesundheit und Immunität einer Mutter, welche ein vom Vater her krankes Kind gebärt, bei Syphilis ein Unikum, ein Novum wäre: da uns aber zu einer derartigen Annahme kein Analogieschluß von anderen Infektionskrankheiten berechtigt, so fehlt uns hiefür eine solide Basis und entschwindet uns der Boden unter den Füßen.

Bezüglich des zweiten Falles existiert eine derartige Analogie, aber immer wird nur die Immunität von der Mutter, nie vom Vater übertragen. Die im mütterlichen Organismus gelösten Antitoxine gelangen immer nur auf dem Wege der Blutbahn in den kindlichen Organismus, so daß also von einer erblichen Uebertragung der Immunität im eigentlichen Sinne nicht die Rede sein kann.

Von diesen Gesichtspunkten aus bespricht Matzenauer die sogenannten Ausnahmen vom Profetaschen Gesetze. War die Mutter gesund und nur der Vater syphilitisch, so konnte eben keine Immunität vererbt werden.

Anderseits beweist das Vorkommen der Infektion eines Kindes während der Geburt von der kranken Mutter, daß überhaupt das Profetasche Gesetz auch in seiner ursprünglichen Fassung nicht zu Recht besteht.

Aus der Analogie mit anderen Infektionskrankheiten ergibt sich, daß, wenn bei Syphilis überhaupt eine Immunität vererbt werden sollte, die Vererbung derselben auf Grund der allgemein gültigen Prinzipien stattfindet, d. h. daß auch bei Syphilis eine supponierte Vererbungsimmunität ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten höchstens eine passive, durch Antitoxine bedingte und daher nur passagere sein kann.

Aus alledem ergibt sich, daß die ganze heute allgemein akzeptierte Fingersche Theorie, wonach dauernde Immunität gegen Syphilis akquiriert werden kann, ohne Syphilis selbst durchzumachen, heute nicht mehr aufrecht erhalten werden kann.

Es folgt daraus auch, daß alle, wengleich symptomlosen Mütter hereditär-luetischer Kinder selbst syphilitisch sind; daraus wiederum ergibt sich die Verneinung der Frage, ob eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären könne, welche ihrerseits die Existenzberechtigung der Annahme einer paternen Vererbung ausschließt.

Die Konsequenzen der Matzenauer'schen Schlußfolgerungen für die Praxis ergeben sich von selbst:

1. Die Mutter eines syphilitischen Kindes muß, auch wenn sie keine Symptome bietet, mit Quecksilber behandelt werden;

2. die Mutter eines syphilitischen Kindes kann ungeschert ihr Kind selbst stillen;

3. die syphilitischen Eltern eines gesunden Kindes können möglicherweise das Kind infizieren;

4. ein syphilitischer Mann soll, um die Infektion seiner Frau zu vermeiden, nicht vor Ablauf mehrerer Jahre seit seiner Infektion und nicht ohne mehrfach wiederholte Quecksilberbehandlung in die Ehe treten.

Das eingehendere Studium des Matzenauerschen Werkes kann jedem, der sich für die Fragen der Syphilisvererbung interessiert, nur angelegentlichst empfohlen werden. Auch prinzipielle Gegner der Matzenauerschen, praktisch so eminent wichtigen Konklusionen werden darin noch sehr viel des Interessanten und Anregenden finden, welches im Rahmen eines Referats nicht untergebracht werden konnte. *Grouven (Bonn).*

Tschlenow. *Zur vererbten Immunität gegen Syphilis und über das sogenannte Gesetz von Profeta.* (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1903, Bd. 36.)

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß selbst bei der ursprünglichen, engsten Fassung des Profetaschen Gesetzes nicht wenige Ausnahmen vorkommen, so daß die praktische Bedeutung desselben jedenfalls nicht besonders groß ist.

Vererbte Syphilisimmunität ist anderseits möglich; dieselbe kann nach Tschlenow auch durch den Vater übertragen werden, wenn auch unzweifelhaft ist, daß der Einfluß der Mutter in dieser Hinsicht viel größer ist, als der des Vaters.

Die Frage, ob bei tertiärer oder gewesener Lues Immunität übertragen wird, kann augenblicklich noch nicht definitiv entschieden werden, ist aber nicht ohneweiteres zu negieren.

Eine streng wissenschaftliche Deutung des Mechanismus bei dem Zustandekommen der Immunität sowohl wie bei den Abweichungen von der Regel wird erst durch die Kenntnis des Syphiliserregers ermöglicht werden. *Grouven (Bonn).*

Tugendreich. *Ein Fall von Meningo-Encephalitis heredosyphilitica bei einem Säugling unter dem Bilde des Hydrocephalus externus.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58, Heft 2.)

Verf. wendet sich zunächst gegen die Aufrechterhaltung der Bezeichnung Hydrocephalus externus auch für Ergüsse entzündlicher oder hämorrhagischer Natur und betont die Notwendigkeit präziserer Unterscheidung. Als dann berichtet er über einen hereditärluetischen Säugling, bei dem zunächst ein abnormes psychisches Verhalten, ferner ein Nystagmus beobachtet wurde, bis im Alter von $3\frac{1}{2}$ Monaten der Ausbruch eines schweren fieberhaften zerebralen Symptomenkomplexes (Dyspnoe, Cyanose, Tachykardie, Bewußtseinsstrübung, hochgradige Steigerung des Nystagmus, Zuckungen in den Lidern, Vorwölbung der Fontanellen) folgte. Diese Erscheinungen dauerten unter allmählicher Ausbildung eines Hydrocephalus in wechselnder Intensität fort, bis das Kind im Alter von $6\frac{1}{2}$ Monaten einer kapillären Bronchitis erlag. Eine Spinalpunktion hatte klare Flüssigkeit ohne vermehrten Eiweißgehalt und ohne

Beimengung morphotischer Elemente, sowie negativen bakteriologischen Befund ergeben.

Bei der Obduktion fand man eine ausgedehnte Meningo-Encephalitis, histologisch gekennzeichnet durch Kernwucherung in der Gefäßadventitia, durch das Vorkommen endarteriitischer Prozesse in den Rindengefäßen, durch kleinzellige perivaskuläre Infiltration und frische Blutungen im Bereiche der Zentren der krankhaften Veränderungen.

Verf. begründet schließlich seine Auffassung des Prozesses als eines syphilitischen. Freund (Breslau).

Ant. Wiesner. *Eine Bemerkung zur Differentialdiagnose der Diphtherie.* (Časopis česk. lék. 1903, S. 1171.)

Der Autor beobachtete bei verdächtigen Fällen von Diphtherie stets eine Blutung aus den Tonsillen. Diese Blutung findet nach dem Verfasser schon im Beginn der Erkrankung statt, fehlt jedoch konstant bei gewöhnlichen Anginen. Diese Blutung sieht daher der Autor als ein wichtiges diagnostisches Zeichen der beginnenden Diphtherie an. Scherer (Prag).

J. Carlsen und P. Heiberg (Kopenhagen). *Ueber die Dauer der tödlichen Diphtheriefälle in der dänischen Stadtbevölkerung außerhalb Kopenhagens während der Jahre 1895 bis 1901.* (Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankh., 49. Bd.)

Verff. weisen nach, daß die Todesfälle bei Diphtherie eine Verschiebung erfahren haben derart, daß die schnell verlaufenden und späten Todesfälle in der Periode von 1895 bis 1901 sich vermehrt haben, während es von 1886 bis 1894 in geringerem Maße der Fall war. Bartenstein (Breslau).

Deguy. *Die vorzeitige diphtheritische Lähmung des Gaumensegels und ihre Pathogenese.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Nr. 6.)

Im allgemeinen gilt die Regel, daß Gaumensegellähmung, je früher sie bei Diphtherie sich einstellt, auf eine umso gutartigere Form derselben schließen läßt.

Deguy hatte Gelegenheit, eine frühzeitige schwere Form der diphtheritischen Gaumensegellähmung zu beobachten, die meist tödlich verlief. Der Rachenbelag war in diesen Fällen jauchig, fäulig und mit Neigung zu Ulzerationen; die geschwollenen Drüsen waren mit einem teigigen Oedem umgeben.

Es bestand Albuminurie und Hypertrophie der Leber. Die Temperatur war auffallend niedrig, zwischen 37.0 und 37.8° schwankend. Im allgemeinen traten diese vorzeitigen Lähmungen am zweiten bis fünften Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus auf. Aus den Blut- und bakteriologisch-histologischen Untersuchungen schließt Deguy, daß es sich bei diesen Lähmungen um eine infektiöse Thrombokapillaritis handle.

Wahrscheinlich handle es sich um die Wirkung zweier Elemente, des Diphtherietoxins und einer Diplokokkensepsis, da Deguy

in seinen Schnitten zahlreiche Diplokokken fand und diese in ursächlichen Zusammenhang brachte. Wenn das Diphtherietoxin auf das Nervensystem wirkt, so erzeuge die Diplokokkämie eine alternierende Thrombokapillaritis und interstitielle Entzündung.

Der Muskel sei in seiner Ernährung beeinträchtigt und erleide eine konsekutive Degeneration. Die Sekundärinfektionen verschlechtern die Prognose und geben der diphtherischen Lähmung einen rascheren, meist tödlichen Verlauf.

Bartenstein (Breslau).

Salmon. *The release of quarantine in diphtheria. (Die Befreiung von der Quarantäne bei der Diphtherie.)* (Albany med. Annals Dezember 1903.)

Vor der Befreiung sollten zwei negative Kulturproben gefordert werden, eine kann aus Zufall entstehen und von positiven gefolgt werden; auch Proben aus der Nase und der Pharynxwand sind ratsam, namentlich erstere. Ein willkürlicher Zeitraum vor Aufhebung der Absperrung hat keinen Sinn, jeder Fall bedarf gesonderter Prüfung.

Wachenheim (New-York).

Valagussa. *Sul valore antitossico e curativo di alcuni sieri antidifterici. (Ueber den antitoxischen und therapeutischen Wert einiger Diphtheritisseren.)* (Rivista di Clin. pediatrica, 1903, Nr. 11.)

Verf. beweist auf Grund von Versuchen, daß die meisten Seren einen geringeren Wert an I. E. haben, als bisher angegeben wurde, und betont die Notwendigkeit, das Serum im erzeugenden Institut altern zu lassen und den Grad erst im Augenblick festzusetzen, in dem es in den Handel gebracht wird. Das geschieht in einigen Instituten (Mailand, Höchst).

Unter den Ursachen des Verlustes der I.-E. in erster Linie ist die Verschleppung der Antitoxine durch die Niederschlagung der albuminoiden Substanzen des Serums zu erwähnen.

Der Zeitpunkt des Alterns, wodurch das Serum auf eine gewisse, ziemlich lange Periode einen beinahe konstanten Wert erlangt, ist jedoch noch nicht bestimmt. Einschlägige Forschungen wären erwünscht.

Dotti (Florenz).

J. Skála. *Ueber Exantheme nach antidiphtheritischem Serum.* (Časopis česk. lékař. 1903, S. 683 u. 703.)

Eine große praktische Wichtigkeit spricht der Autor denjenigen Serumexanthemen zu, die dem skarlatinösen Exanthem ähnlich sehen. Diese Art von Serumexanthemen entpuppt sich oft als eine wahre Skarlatina. Daher empfiehlt der Autor skarlatina-ähnliche Serumexantheme in der Praxis für wahre Skarlatina anzusehen und darnach zu handeln.

Scherer (Prag).

S. Sufrin. *Zwei seltene Hemiplegiefälle nach Scharlach und nach Diphtherie.* (Spitalul Nr. 3, 1903.)

Kasuistik. Vierjähriges Mädchen bekommt am 15. Krankheitstag eine akute Nephritis mit Krämpfen und rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie. Tod nach 9 Tagen. Keine Sektion. Dreieinhalbjähriger

Knabe ist, 25 Tage nach überstandener Diphtherie, von einer gekreuzten Hemiplegie (Facialis links, Extremitäten rechts) mit Aphasie getroffen. Kontraktur nach einem Monat.

Manicatide (Jassy).

A. Malinowski. *Ueber die Behandlung des Scharlachs mit Scharlachstreptokokkenserum* von Dr. Palmirski in Warschau. (Polnisch.) (Gazeta Lekarska Nr. 49, 50, 51, 52.)

Verf. beobachtete die Wirkung des in früheren Referaten besprochenen Serums von Palmirski in 21 schweren Scharlachfällen im Warschauer Kinderspital. Die Kinder standen im Alter von 4 bis 12 Jahren (nur 2 unter 4 Jahren). Die Dosis, 40 bis 50 cm³, erwies sich als vollwirkend und nur in einzelnen Fällen betrug die Totaldosis in 2 Portionen 90 cm³. Verf. wählte nur die Fälle mit sehr ernster Prognose, wo seiner Meinung nach 80% Sterblichkeit vorauszusehen war. Unter der Behandlung mit Serum starben nur 4 Kinder, darunter 1, das erst am fünften Krankheitstage in sehr schwerem Zustande ins Spital gebracht wurde und nach 12 Stunden starb, also eigentlich nicht in Rechnung gezogen werden sollte. Verf. bespricht eingehender die einzelnen Fälle. Im allgemeinen ist die Wirkung dem Moserschen Serum gleich. Hervorzuheben ist nur, daß die Wirkung des Palmirskischen Serums schon bei Dose 40 bis 50 cm³ hervortritt, daß die Serumexantheme ungleich seltener beobachtet wurden (in 2 Fällen = 9.5%, während beim Moserschen Serum in 75%) und noch ein sehr wichtiger Umstand (wenn ihn die weiteren Beobachtungen auch konstatieren werden), daß unter den mit Serum behandelten Fällen im keinem Nephritis postscarlatinosa folgte. Manche von diesen Fällen wurden im Spital nur bis zur vierten Woche verfolgt, so daß die Nephritis im weiteren Verlaufe nicht mit ganzer Sicherheit auszuschließen ist. Die meisten Fälle wurden aber bis auf sechs Wochen und später beobachtet. Andere Komplikationen traten so wie ohne Serum auf, nur beobachtete der Verfasser einen mildereren Verlauf des Scharlachdiphtheroids. Im übrigen gestaltet sich die Wirkung so wie bei Moserschem Serum. Am günstigsten wirkt das Serum auf allgemeinen Zustand. (Benommenheit des Sensoriums.) Pat. bessert sich, es tritt bedeutender Temperaturabfall (1 bis 2.5°), manchmal nach 24, gewöhnlich nach 48 bis 72 Stunden auf. In den drei tödlich verlaufenden Fällen besserte sich der Allgemeinzustand trotz des Temperaturabfalles gar nicht und der Tod trat unter Kräfteverfall schon am 8., resp. 11., resp. 6. Krankheitstage ein. Die nervösen Erscheinungen, die sonst eminent beeinflußt wurden, traten gar nicht zurück, was der Verfasser mit einem sehr starken Intoxikationsgrade erklärt, vielleicht war auch die zu kleine (die üblichen 50 cm³) Dosis im Spiele. Ueberhaupt sollte die Einzeldosis des Palmirskischen sowie des Moserschen Serums noch durch weitere klinische Beobachtungen nachgeprüft und festgestellt werden.

J. Brudziński (Warschau).

A. Malinowski. *Ueber die Wirkung des Renaden bei Scharlachnephritis.* (Polnisch.) (Gazeta lekarska, Nr. 40.)

Verf. behandelte mit Renaden (Knoll) 14 Fälle von Nephritis post-scarlatinosa im Alter von 4 bis 10 Jahren, darunter 4 leichtere Fälle und 10 mit schwerem Verlauf (7 mit urämischen Erscheinungen). Die Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren bekamen 0.3 Renaden dreimal täglich, ältere Kinder 0.6 dreimal täglich in der Milch, solange sich Eiweiß im Urin vorfand.

Die Behandlung dauerte 7 bis 30 Tage. In allen Fällen Genesung. Besserung trat erst nach 2 bis 3 Tagen auf und äußerte sich in der Steigerung der Urinmenge, Herabsetzung des Eiweißgehaltes und der Blutmenge, Besserung des Allgemeinzustandes.

In manchen Fällen trat Besserung bedeutend später (nach 10 bis 16 Tagen) auf. Verf. äußert sich über Renadenwirkung in dem Sinne, daß dieses Präparat bessere Dienste als die sonst bei Nephritis übliche Therapie leistet und verdient, versucht zu werden. J. Brudziński (Warschau).

A. Kosiński. *Ueber die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum von Prof. Bujwid. (48 Fälle.)* (Polnisch.) (Gazeta lekarska, Nr. 41, 49.)

Verf. berichtet über 48 mit Serum behandelte, meistens schwere Scharlachfälle. Die Einzeldosis 10 bis 20 cm³. Die Wirkung nach der Meinung des Verfassers positiv. Temperaturabfall nach 24 Stunden, ein günstiger Einfluß auf die Entwicklung des Ausschlages. Auf Nierenkomplikationen hat Verf. keinen wesentlichen Einfluß bemerkt. Auf 48 Fälle 3 Todesfälle, d. h. 6%. (1 Fall schwerer Rachendiphtheritis, 2 nachträgliche Nierenkomplikationen.) Verf. betont ziemlich häufige Komplikation seiner Fälle mit echter Diphtherie und rät zur spezifischen Serumbehandlung in solchen Fällen. J. Brudziński (Warschau).

Palmirski und Zebrowski. *Ueber Scharlach und dessen Behandlung mit spezifischem Serum.* (Polnisch.) (Medycyna Nr. 46, 47.)

Nach eingehender Besprechung der bakteriologischen Seite der Scharlacherkrankung, speziell der Rolle der Streptokokken (*Streptoc. conglomeratus* von Kurth und Klein) und serotherapeutischer Versuche (speziell Mosers) berichten die Verfasser über eigene Untersuchungen zum Zweck der Erhaltung eines Scharlachstreptokokkenserums. Diesbezügliche Versuche wurden schon von den Verfassern im Jahre 1898 begonnen. Die Streptokokken wurden aus den an Scharlach gestorbenen Kinderleichen gezüchtet. Damals schon erhielten die Verfasser ein therapeutisch wirkendes Pferdeserum (Kaninchenversuche). Im Jahre 1901 wurden im bakteriologischen Institut zufällige Menscheninfektionen bei der Behandlung mit Pasteurs Methode beobachtet, die unter dem Bilde eines schweren Scharlachs verliefen. Die aus diesen Fällen gezüchteten Mikroben erwiesen sich als *Streptococcus conglomeratus* von Klein und Kurth. Diese Fälle sowie die Nachricht von der Wirkung des Moserschen Serums veranlaßten die Verfasser zu weiteren Versuchen. In fünf akuten letalen Scharlachfällen wurden vom Blut, Gehirn und anderen Organen reine Kulturen von *Streptoc. conglomer.* erhalten. In den Tierversuchen erwiesen sich diese Streptokokken wenig giftig. Für die Kaninchen sind sie tödlich nur bei subduraler oder intravenöser Injektion. Bei der Sektion der Tiere wurde aus den Organen (am leichtesten vom Gehirn) *Streptoc.*

conglomer. gezüchtet. Derselbe Streptoc. conglomer. wurde vom Rachen der an Scharlach kranken Kinder und von den Epidermisschüppchen gezüchtet

Die Immunisierung der Pferde wurde in der für die Erhaltung des Marmorekschen Antistreptokokkenserums üblichen Weise durchgeführt. Die dann benützten Kulturen wurden mit Erwärmen auf 60° abgeschwächt. Bisher sind 3 Pferde immunisiert, 1 mit einem Streptokokkenstamm, 2 mit einem Gemisch von 5 Scharlachstreptokokkenstämmen. Die Immunisierung (bis 300 cm³) gelang ohne stärkere allgemeine und lokale Reaktion und gab nach einem halben Jahre (im Mai 1903) ein wirksames Serum. Die Dosierung des Serums experimentell festzustellen gelang nicht. Die klinischen Untersuchungen wurden im Warschauer Kinderspital vorgenommen. Die Dosierung begann mit 20 cm³, nachher die übliche Einzeldosis mit 50 cm³. Das Serum von allen drei Pferden erwies therapeutische Wirkung. (Näheres darüber in der Arbeit von Malinowski.)

Die Verfasser betonen die Tatsache, daß die von ihnen gezüchteten Scharlachstreptokokken einen dem Scharlach eigentümlichen Charakter darstellen. Da die Scharlachstreptokokken ihre Toxizität durch Tierpassage nicht steigern (ein wesentlicher Unterschied von anderen Streptokokkenarten), unternahmen die Verfasser bei der Serumgewinnung zur Erhaltung der Kultur immer Kaninchenpassage (Unterschied von Mosers Methode).

J. Brudziński (Warschau).

St. Kammienski. *Zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit dem Scharlachstreptokokkenserum von Palmirski.* (Polnisch.) (Gazeta Lekarska Nr. 51, 52.)

Verf. bespricht auf Grund von zwei beobachteten Fälle die Wirkung des Serums, seine Schlüsse sind mehr reserviert, obwohl er die günstige Wirkung zugibt. Der Arbeit ist ein genaues Schema zur Beobachtung der Serumwirkung beigelegt.

J. Brudziński (Warschau).

R. W. Marsden. *Invasionsstadium bei Masern.* (Brit. Med. Journ. S. 1633, 1903.)

Diejenigen, welche eine sehr ausgedehnte Kenntnis der verschiedenen infektiösen Fieber besitzen, geben zu, daß in der großen Mehrzahl der Fälle das Stadium der Inkubation vorausgeht, jedoch gibt es auch Fälle mit bedeutenden Abweichungen. Autor berichtet über zwei Masernfälle, beschrieben von Groben und Embden, wo das Exanthem am ersten Krankheitstage auftrat. Häufiger aber ist das Prodromalstadium ungewöhnlich verlängert. Autor schildert zwei Fälle, wo das Exanthem am sechsten Tage nach Ausbruch des Fiebers erschien, während als eines der ersten Anzeichen der Krankheit Krupphusten auftrat, neun Tage vor Ausbruch der Eruption. Nach einer Studie über die Epidemie auf den Faroe-Inseln kam Parum zum Schlusse, daß das Exanthem konstant am 14. Tage nach der Infektion auftritt. Autor fand dagegen, daß in einigen Fällen das

Invasionsstadium sechs oder acht Tage vor dem Ausbruch des Exanthems andauerte, während in anderen Prodromalsymptome entweder gänzlich fehlten oder nur ein bis zwei Tage andauerten. Obwohl demnach jede Periode, diejenige der Inkubation wie diejenige der Invasion, einzeln für sich variieren, so bleibt doch ihre Summe zumeist konstant. Melland (Manchester).

Eustace Smith. *Das Invasionsstadium der Masern.* (Brit. Med. Journ., S. 128, 1904.)

Autor berichtet über einige Fälle von Masern, wobei das Präeruptiv-Stadium fehlte oder unerkennbar blieb, und über einen Kasus, den er kürzlich beobachtete, wobei das einzige Prodromalsymptom in Fieber bestand (bis 40·3° C), ohne irgendeine der charakteristischen katarrhalischen Manifestationen und ohne irgend-ein subjektives Krankheitsgefühl. Melland (Manchester).

W. Pexa, Sekundararzt des böhmischen Kinderkrankenhauses. *Ueber Larynxstenosen bei und nach Morbillen.* (Časopis česk. lék. 1903, S. 1140 u. 1172.)

Die Larynxstenosen, welche bei Morbillen während der Erkrankung und auch in der Rekonvaleszenz nach denselben auftreten, kommen in zwei Formen vor. Die erste Form der Larynxstenose tritt manchmal vor dem Erscheinen oder auch im Blütestadium des Exanthems auf oder endlich gleich nach dem Verschwinden des Exanthems. Diese Stenosen sind fast nie diphtherischer, sondern rein morbillöser Natur und geben regelmäßig eine günstige Prognose. Die zweite, sehr gefährliche Art von Larynxstenosen tritt erst nach vollkommenem Verschwinden des morbillösen Exanthems auf und zeigt meistens einen diphtherischen Charakter. Die Prognose der letzten Art ist meist sehr ungünstig, der Ausgang sehr oft letal.

Die meisten Fälle der ersten Art bessern sich zur selben Zeit mit dem Verschwinden des Exanthems. Es gibt jedoch auch in dieser Reihe Fälle, wo eine bedeutende Larynxstenose entstehen kann, die zu einem operativen Eingriff zwingt. (Intubation.) Bei jedem Falle dieser Larynxstenosen wird stets antidiphtherisches Serum injiziert, da man nie imstande ist, eine wahre diphtheritische Stenose auszuschließen. Der Autor bespricht hierauf ausführlich die zweite Art von Larynxstenosen, die erst einige Tage (2, 6 und 11 Tage) nach dem Verschwinden des morbillösen Exanthems auftreten und die fast immer durch diphtheritische Laryngitis hervorgerufen werden. Unter den vier beobachteten Fällen der Abteilung des Primarius Dr. Haasz konnte Pexa in zwei bakteriologisch untersuchten Fällen den diphtheritischen Charakter derselben feststellen. Die vier beobachteten Fälle zeigten die folgenden gleichen Symptome: 1. Die Stenose erschien stets einige Tage nach dem Verschwinden des Exanthems. 2. Die Stenose erschien plötzlich und war stets von sehr schwerer Form. 3. In allen Fällen zeigten sich zugleich schwere Symptome von seiten der Lungen (Bronchopneumonie).

4. Alle vier Fälle verliefen trotz Intubation schnell letal. Der Autor sucht den schnellen und deletären Verlauf der diphtheritischen Larynxstenosen, die gleich nach Morbillen auftreten, auf folgende Weise zu erklären: Nach Behring findet man die diphtheritischen Bazillen bei jedem Menschen auf den Schleimhäuten; an Diphtherie erkranken aber nur diejenigen Individuen, deren Blut eine nicht genügende Menge von Antitoxin enthält. Es ist daher nach dieser Theorie möglich, daß die Morbillen die erforderliche Menge von Antitoxin vermindern und daß es nachher zur wahren und schweren toxischen Diphtherieerkrankung kommt.

Bei allen Fällen von postmorbillösen Larynxstenosen wurde vom Autor stets Serum injiziert und zur Intubation geschritten. Der Autor spricht sich schließlich entschieden für die präventiven Seruminjektionen der in der Anstalt an Morbillen erkrankten Kinder aus.

Scherer (Prag).

K. Lidmanowski. *Ueber die Koplikschen Flecken in früheren Stadien der Masern.* (Polnisch.) (Czasopismo lekarskie, Nr. 10.)

Bei 84 in frühen Stadien der Masern beobachteten Kindern traf Verf. die Koplikschen Flecke nur in 17 Fällen, d. h. 21·4%₁₀. Zur Zeit des Ausschlages fand er dieselben ungleich öfter.

J. Brudziński (Warschau).

E. Manicatide und P. Galesescu. *Untersuchungen über die Leukozytose bei Masern.* (Spitalul Nr. 4 u. 5, 1903.)

Auf Grund 31 eigener Beobachtungen haben Verff., wie Hayem, Rille, Klein, bei nicht komplizierten Masern immer eine leichte Leukozytose während der Eruption gefunden, welche gewöhnlich im Desquamationsstadium abfiel; die großen einkernigen Zellen sind verhältnismäßig vermehrt. Dieser Befund dient zur Unterscheidung der Masern von Scharlach, wo die Leukozytose viel ausgesprochenener ist und Polynukleose besteht, ebenso von verschiedenen toxischen oder infektiösen Erythemen.

Manicatide (Jassy).

W. Kloninger. *Zur Actiologie und Prognose des Nystagmus bei jungen Kindern.* (Inaug.-Diss., Leipzig 1903.)

9 Fälle von Nystagmus bei Kindern im Alter von 4 Monaten bis zu 2½ Jahren aus der Bendixschen Poliklinik werden durch kurze Krankengeschichten beschrieben. Nach Kloninger ist der Nystagmus, dessen Prognose eine günstige ist, in seltenen Fällen ein reflektorischer; meist ist er als eine neuro-muskuläre Störung bei florider Rachitis aufzufassen.

Brüning (Leipzig).

Léopold Lévi et Henri de Rothschild. *Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille.* (Rev. d'hygiène et de méd. inf. Tome II, 1903, Nr. 2.)

Dreiwöchentliches frühgeborenes Kind. Außer der Hemmungsbildung des linken Ohres bestanden multiple andere Mißbildungen am Schädel. Der Facialis war nicht total gelähmt, sondern nur leicht paretisch, wodurch sich der Fall von denjenigen, in denen man einen Defekt des Nervenstammes fand, wesentlich unterscheidet. Die weiteren Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden, das überdies durch zwei photographische Aufnahmen illustriert ist.

Thiemich (Breslau).

Gaston Luttwig. *Ein Fall von chronischer Tetanie.* (Inaug.-Diss., München 1903.)

Verf. berichtet in ausführlicher Krankengeschichte (Seite 5 bis 21) über einen in der Münchener Universitätskinderklinik beobachteten Fall von chronischer Tetanie. Die Erkrankung war mit Epilepsie kombiniert; es war aber nicht möglich, das Verhältnis dieser beiden Krankheiten zueinander festzustellen.

Ein weiterer interessanter Befund war eine Neuritis optica mit progredientem Verlauf. Luttwig hält sich nicht für berechtigt, dieselbe der Epilepsie zuzuschreiben, sondern glaubt sie eher aus der hochgradigen Anämie und Erschöpfung des (bei der ersten Aufnahme 5½ jährigen) Kindes erklären zu dürfen.

Das Kind starb beim dritten Spitalsaufenthalt an einer schweren Masern-Bronchopneumonie. Von Interesse ist es, daß im Sinne der Thiemich-Mannschen Befunde die KÖZ beim Nervus ulnaris unter 50 MA eintrat, so lange ein schwerer tetanischer Zustand vorhanden war. Das Ueberwiegen der An ÖZ über die An SZ konnte aber nur einmal beobachtet werden; bei den übrigen Untersuchungen traten beide Zuckungen entweder bei den gleichen Werten auf, oder es überwog die An SZ über die An ÖZ.

Die Literatur ist bis auf die neueste Zeit ausgiebig berücksichtigt.

Uffenheimer (München).

H. Oppenheim. *Ueber einige bisher wenig beachtete Reflexbewegungen bei der Diplegia spastica infantilis.* (Monatsschr. für Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XIV, Heft 4, Oktober 1903.)

Ausgehend von der hochgradigen Schreckhaftigkeit mancher zerebral gelähmter idiotischer Kinder schildert der Verfasser eine abnorm gesteigerte Reflexaktion bei denselben, die darin besteht, daß auf Berührung der Lippen oder Zunge eine Summe rhythmischer Bewegungen in der Kiefer-, Zungen- und Lippenmuskulatur sich einstellt, die den Charakter von Kau-, Saug- und Schluckbewegungen haben, nur daß sie in kurzer, rhythmischer Weise und mit einer großen Regelmäßigkeit der Aufeinanderfolge sich vollziehen.... Es werden 25 bis 30 solcher Zuckungen gezählt und so dauert der ganze Reflexakt etwa 10 bis 20 Sekunden. Diese eigentümliche Reflexerscheinung, die noch ausführlicher geschildert wird, findet sich bei der von Oppenheim als „infantile Pseudobulbärparalyse“ beschriebenen Form der zerebralen Kinderlähmung.

Das Gemeinsame der Schreckhaftigkeit sowie der übertriebenen Saugreaktion beruht wahrscheinlich — und darin liegt das erhebliche theoretische Interesse dieser Beobachtungen — darauf, daß die von der Peripherie zuströmenden Reize ungeteilt und ungeschwächt die subkortikalen Zentren erreichen und von dort abnorme maßlose Impulse hervorrufen.

Dem Referenten erscheint die Beobachtung Oppenheims und ihre Deutung deswegen besonders interessant, weil das in letzter Zeit mehrfach studierte Mund- bzw. Lippenphänomen der Säuglinge nach seiner Auffassung eine physiologische Varietät resp. Vorstufe der im späteren Alter abnormen Reflexaktion darstellt.

Thiemich (Breslau).

H. Oppenheim. *Nachträgliche Bemerkung zu der in Heft 4 dieses Bandes beschriebenen Reflexbewegung bei der Diplegia spastica infantilis.* (Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIV, Heft 5.)

Verf. teilt kurz mit, daß er den beschriebenen Saug-, Schmeck-, Kau- und Schluckreflex seither auch bei einem Erwachsenen im epileptischen Koma beobachtet habe. Das geschilderte Symptom beschränkt sich also nicht auf gewisse Formen der Diplegie, sondern kommt auch unter anderen Verhältnissen, bei Zuständen, die die Funktion des Großhirns vorübergehend lahmlegen, vor und verdient deshalb weitere Beachtung. Thiemich (Breslau).

L. Guinon et Ed. Rist. *Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë sans réaction méningée cytologique chez un frère et une sœur,* (Rev. mens. d. malad. de l'enf., Oktober 1903, Bd. XXI, Heft X. S. 461.)

Die Verfasser berichten über eine, auch beim epidemischen Auftreten von Poliomyelitis sehr seltene Erkrankung von zwei in einer Wohnung lebenden Kranken. Bei dem 4 $\frac{1}{2}$ -jährigen Bruder konnte 14 Tage, bei der dreijährigen Schwester 7 Tage nach dem akuten fieberhaften Beginn der Krankheit eine Lumbalpunktion ausgeführt werden. Dieselbe ergab sterilen normalen Liquor in beiden Fällen. Verff. lehnen — gewiß mit Recht! Ref. — die Schultzesche Annahme ab, daß die Poliomyelitis eine Meningokokkeninfektion mit besonderer Lokalisation sei.

Thiemich (Breslau).

Cardoso Fonte. *Thomsensche Krankheit.* (Rev. da Soc. de med. e cirurg., Rio de Janeiro, Nr. 4.)

Kasuistischer Beitrag eines Falles bei einem 14jährigen Knaben. Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

Max Blumenthal. *Seröse Meningitis und Lumbalpunktion.* (Arch. f. Kinderh., Bd. 38, S. 18 bis 24.)

Verf. berichtet über einen achtjährigen, schwer rachitischen, zurückgebliebenen Knaben, bei dem drei Wochen nach einem Sturze (die Kellertreppe hinunter) sich heftige Kopfschmerzen, Erbrechen und andere meningitische Symptome einstellten.

Die Lumbalpunktion, die zweimal vorgenommen wurde, ergab jedesmal reichliche Mengen (40, bzw. 100 cm³) einer sterilen, nur wenig getrübbten (wodurch?! Ref.) Flüssigkeit und führte eine, das erstemal vorübergehende, das zweitemal dauernde Beseitigung der Beschwerden herbei.

Im Anschluß an die Krankengeschichte erörtert Verf. die Entstehungsmöglichkeiten des serösen Ergusses, ohne indes zu einer bestimmten Entscheidung zu gelangen. Thiemich (Breslau).

Bayon. *Beitrag zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit anderen Formen von Zwergwuchs und Schwachsinn.* (Würzburg, 1903, A. Stubers Verlag.)

Die monographische, auf eigene Beobachtungen und ein sorgfältiges umfassendes Literaturstudium gestützte Darstellung des

Verf. geht in der Hauptsache darauf aus, zu zeigen, daß nur die Hypo-, bzw. Athyreosis ausschlaggebend für die Pathogenese und damit Diagnose und Therapie des epidemischen und sporadischen Kretinismus sei.

Thiemich (Breslau).

Ley. *Les soi-disant „mauvaises habitudes“ des enfants.* (Annales de la société de médecine d'Anvers, Juin—Juillet 1903.)

In mehr für Eltern und Lehrer als für Aerzte bestimmter Form bespricht Verf. das beständige Offenhalten des Mundes bei adenoiden Vegetationen, die Masturbation, Gangstörungen bei zerebraler Infantillähmung, Schiefhaltung, Bettnässen, Sprachfehler und Störungen im Bereich der Sinnesorgane und der geistigen Entwicklung und weist auf die pathologische Art all dieser häufig von Pädagogen verkannten Zustände hin. Thiemich (Breslau).

Br. Szybowski. *Ein Fall von Exencephalus (im engen Sinne Notencephalus.)* (Polnisch). (Gazeta lekarska, Nr. 48.)

Der Fall zeichnet sich durch einen totalen Mangel von os occipit. aus.
J. Brudziński (Warschau).

H. H. Philips. *Zerebrale Hämorrhagie bei einem 9 $\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchen.* (Brit. Med. Journal, 1903, S. 368.)

Mitten im besten Wohlbefinden klagte Patientin über Kopfschmerz. Sie legte sich nieder, es trat Schlaf ein, der sich zum Koma vertiefte, eine halbe Stunde später Exitus. Bei der Autopsie ergab sich eine ausgebreitete Hämorrhagie, welche den ganzen linken Kleinhirnlappen einnahm; die übrigen Organe normal, mit Ausnahme der Lungen, wo sich akutes Oedem vorfand, zweifellos eine Folge der Gehirnläsion.

Melland (Manchester).

L. Concetti. *A proposito di un tumore congenito dermoide nei mascellari superiori.* (Ueber eine angeborene dermoide Geschwulst im Oberkiefer.) (Riv. di Clinica pediatrica, 1903, Nr. 12.)

Zweitägiges Mädchen. Ernährung mangelhaft, an Erschöpfung gestorben, weil es nicht saugen konnte; Gaumen war mit Exkreszenzen besetzt, mit einer größeren Masse links und zwei kleineren rechts. Aus den dazwischenliegenden Furchen ragten 10 bis 18 mm lange, ziemlich dicke und starre Haare hervor.

Die Oberfläche dieser fleischigen Massen war 2 cm lang und beinahe ebenso breit.

Die Schnitte ließen mikroskopisch ein äußeres, dermoides Gewebe mit großem Vorwiegen der Malpighischen Schicht sehen; darunter dünne Bündel glatter, von Bindegewebsfasern durchkreuzter Muskelfasern, welche letztere ein Gruppen von Talgdrüsen stützendes Stroma bildete. Mehr nach innen waren Bündel ganz losen fibrillären Bindegewebes, worunter ein reichlich adipöses Gewebe und andere Bündel glatter Muskelfasern, Blutgefäße, Blindsäcke von Talgdrüsen und haartragende Bulben.

Dotti (Florenz).

Ot. Frankenberger. *Ueber Atresie der beiden Nasenhöhlen.* (Časopis česk. lékař. 1903, Nr. 13 u. 14.)

Der Verfasser beobachtete auf der Abteilung des böhmischen Kinderkrankenhauses (Primarius Dr. A. Haasz) den folgenden Fall:

Der $5\frac{3}{4}$ Jahre alte Sohn eines Lehrers zeigte schon als Säugling eine Störung der Nahrungsaufnahme. Das Kind konnte niemals ununterbrochen an der Brust liegen: nach einigen Sekunden wurde stets das Saugen unterbrochen. Später konnte das Kind auch niemals ununterbrochen trinken. Beim Schlafen atmete das Kind stets mit offenem Munde. Der Knabe fing bald an zu sprechen; im Alter von zwei Jahren sprach das Kind alles. Daß die Nase vollkommen undurchgängig ist, wurde erst im Alter von $5\frac{3}{4}$ Jahren bei dessen Aufnahme in der Anstalt konstatiert. Status praesens: Ein gut genährter, entsprechend großer Knabe. Der Kopf ist groß, eckig. Die Stirn ist breit, die Ohren abstehend. Die Nasenwurzel eingesunken, sattelförmig. Die Nasenöffnungen sind nach vorne gewendet. Die Nasolabialfalte stark entwickelt. Die Mundhöhle bis auf eine kuppelartige Vorwölbung des harten Gaumens normal. Die Nasenhöhlen vorne ganz normal. In der Tiefe jedoch von ca. 15 mm enden die beiden Nasenöffnungen blind. Nirgends eine Spur von einer Arbeit. Führt man den Finger durch die Mundhöhle in das Cavum pharyngonasale, findet man die vollkommen normal entwickelten Choanen. Sonst ist das Kind vollkommen normal. Am 19. April wurden in Chloroformnarkose die beiden Wände mittels Paquellin durchlöchert und die so gewonnenen Oeffnungen durch Jodoformgaze verstopft. Später wurden in die Oeffnungen Drainagen eingeführt. Der Knabe wurde dem Verfasser nach 9 Monaten als geheilt vorgestellt. Der Verfasser sieht hier eine angeborene Atresie der beiden Nasenöffnungen vor sich.

Scherer (Prag).

Neves da Rocha. *O ozena na primeira infancia.* (Brazil med., Nr. 13.)

Fälle von Ozena bei Kindern von 8 Monaten, 20 Monaten und 12 Jahren. Autor hält die Krankheit im frühen Lebensalter für viel häufiger als gewöhnlich geglaubt wird. Empfiehlt die Behandlung mit antiseptischen Waschungen, verwirft das Diphtherieserum und die Elektrolyse.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

Trendel. *Ueber das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, S. 558.)

Verf. hat in der Tübinger Klinik 17 Fälle von Affektion der Wangenlymphdrüsen zu beobachten Gelegenheit gehabt und beschreibt auf Grund derselben und fleißiger literarischer Studien deutscher und französischer Arbeiten diese Drüsen und ihre Affektion bei tuberkulösen, akut-phlegmonösen und karzinomatösen Prozessen. Es sind drei Drüsengruppen, von denen die erste unter oder in dem subkutanen Zellgewebe der Wange auf dem Buccinator, die zweite auf der Außenseite des Unterkiefers zwischen Art. max. ext. und V. facialis ant., die dritte, klinisch geringwertigste wegen des seltenen Vorkommens, auf dem Oberkiefer liegt. Für den Kinderarzt dürfte speziell die tuberkulöse Affektion der genannten Drüsen von Interesse sein.

Schiller (Karlsruhe).

D. H. Rolleston und A. S. Trevor. *Ein Fall von Primärsarkom der Lunge, ein Empyem vortäuschend.* (Brit. Med. Journal, 1903, S. 361.)

Klinisch liegt das Interesse des Falles in der täuschenden Ähnlichkeit mit den physikalischen Zeichen eines Empyems der rechten Brustseite. Ueber der ganzen rechten Lunge bestand Dämpfung; außer einem abgegrenzten Bezirke über dem rechten Bronchus, wo vorn und hinten Bronchialatmen gehört wurde, sonst überall Fehlen des Atmungsgeräusches und Stimmfremitus. Verbreiterung der Interkostalräume, leichtes Oedem in der rechten Axilla. Messung ergab rechts einen größeren Brustumfang als links, Herzspitze nach außen in die vordere Axillarlinie verrückt, im fünften Interkostalraum Leber nach abwärts gedrängt. Patientin war ein zwölfjähriges Mädchen, die Symptome traten nach einer Verkühlung auf. Die gesamte Krankheitsdauer betrug nur zwölf Wochen. Bei der Nekropsie zeigte sich die ganze rechte Lunge, mit Ausnahme der Spitze, durch eine weiche Masse ersetzt, deren mikroskopische Untersuchung Spindelzellensarkom ergab.

Melland (Manchester).

Ed. Gyo. *Beiträge zur Klinik der Appendizitis im frühen Kindesalter.* (Thèse de Lausanne, 1903.)

Autor studierte Fälle von Appendizitis bei Kindern bis zu $2\frac{1}{2}$ Jahren. Obzwar die Studie nur eine sehr kurze Lebensperiode umfaßt, handelte es sich um 19 Fälle, von denen vier an der Kinderklinik von Lausanne (Professor Combe) in sehr kurzer Zeit zur Beobachtung gelangten. Das Alter variierte von 7 Wochen bis 30 Monaten und beide Geschlechter waren fast gleich vertreten. Die Krankheit nimmt keineswegs immer einen akuten, sondern häufig einen mehr chronischen Verlauf als Komplikation eines schon bestehenden gastro-intestinalen Zustandes. Unter dieser letzteren Form kann sie unerwartet erscheinen, weshalb namentlich bei Kindern mit habitueller Konstipation oder Enteritis mucosamembranosa aufmerksam darauf geachtet werden muß.

Combe (Lausanne).

D. Arcy. Power. *Ein Fall von spontaner Ileo-iliac. Intusception mit Ausgang in Heilung.* (Brit. Med. Journ., 1903, S. 964.)

Melland (Manchester).

L. Kredel. *Ueber die akute Darminvagination im Kindesalter.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1903, Bd. XII., S. 698.)

Verf. berichtet über 12 in der Kinderheilanstalt zu Hannover beobachtete Fälle von Invagination. Neun von diesen Fällen wurden operiert und starben sämtlich, drei Fälle wurden nicht operiert; hievon starben gleichfalls zwei Kinder, eines jedoch kam nach spontaner Abstoßung eines großen gangränösen Darmstückes durch. Die Patienten standen im Alter von 11 Wochen bis 5 Jahren.

Auf Grund der in England bei Operation erreichten besseren Erfolge hält K. daran fest, daß die Operation dem Risiko einer eventuell eintretenden Spontanheilung vorzuziehen sei. Zur Besserung der Resultate sei jedoch erforderlich, sobald wie möglich — jedenfalls in den ersten 24 Stunden der Erkrankung — zu operieren und keine Zeit durch Versuche mit Wassereinflüssen oder Lufteinblasungen zu verlieren. Auf diese Weise hofft Verf. zu vermeiden, daß die durch das Zuwarten geschwächten Kinder nach der Operation an Chok zugrunde gehen.

Weigert (Breslau).

Bossowski (Krakau). *Ueber die angeborene Dünndarmatresie.* (Polnisch.) (Medycyna, Nr. 39, 40, 41.)

Verf. hebt die Seltenheit der angeborenen Dünndarmatresie hervor. In der Literatur samt den vom Verf. beobachteten Fällen gibt es nur 198 Fälle.

Verf. bespricht eingehender die anatomischen Verhältnisse dieser Anomalie, bestätigt die von Wyß hervorgehobene Tatsache, daß der Darminhalt im peripheren Darmabschnitt unterhalb der Atresie sich steril erweist, wenn Mekonium im oberen Darmabschnitt oberhalb der Atresie Bact. coli enthält, das beweist, daß Mekonium steril ist und erst vom Munde infiziert wird. Eingehender werden die herrschenden ätiologischen Anschauungen besprochen. (Die Anschauungen von Kuliga u. a.) In den zwei Fällen vom Verf. (anatomisch-pathologische Besprechung in der S. 445 referierten Arbeit von Ciechanowski und Gliński) wurde Operation versucht (Enteroanastomose), jedoch ohne Nutzen. Von den in der Literatur zitierten 198 angeborenen Darmatresiefällen wurde in 31 Fällen Operation vorgenommen — in allen nutzlos.

J. Brudziński (Warschau).

Wieting und Niko Cassape Effendi. *Resultate des hohen Steinschnittes.* (Langenbecks Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, S. 477.)

Bericht über 44 Fälle von hohem Steinschnitt, darunter 17 bei Knaben bis 15 Jahren. Bei einem fünfjährigen Knaben gab es nach zwei Jahren ein Rezidiv; hier mußten die Steine, infolge einer Fistelbildung nach dem Rektum durch Prostataabszeß, entstanden nach Katheterismus, vom Perineum aus extrahiert werden.

Schiller (Karlsruhe).

Martina. *Die Behandlung der Hypospadie nach der Beckschen Methode.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. 71, S. 179.)

Verf. berichtet über vier gute Erfolge der Operation, von denen je zwei bei Kindern (7 und 14 Jahre alt) und bei Erwachsenen erzielt wurden. Die Operation besteht in der ausgedehnten Freipräparierung der Urethra mit einem $\frac{1}{2}$ cm breiten Hautsaum um das Orificium externum, schräge Tunnelierung der Glans und Durchführung der Urethra durch dieselbe. Die Fixierung der Urethra erfolgt durch Nähte, die durch den Rand des neugebildeten Orifiziums und den Hautsaum gelegt werden.

Schiller (Karlsruhe).

Blauel. *Zur Kasuistik der Bauchblasengenitalspalten.* (Bruns' Beiträge zur klin. Chir., Bd. 39, S. 45.)

Mitteilung eines Falles, der ein zweitägiges Kind betraf, das noch 14 Tage lebte und an allgemeiner Entkräftung starb. Außer der Bauchblasengenitalspalte fand sich eine Nabelschnurhernie, Spina bifida mit Myelocystocele, Pedes vari. Die Bauchblasengenitalspalte wies von dem gewöhnlichen Typus ab 1. durch die rudimentäre Ausbildung der Harnblase, 2. durch das Vorhandensein einer nicht gespaltenen von einer normalen Urethra durchbohrten Eichel bei Spaltung des Präputiums und 3. durch die Kommunikation des Dünndarmes mit dem Blaseninnern in Gestalt einer

seitlichen Fistel bei fast vollst ändig entwickeltem Dickdarm. Erklärungsversuch des Zustandekommens der Mißbildung durch die Reichelsche Hypothese. Schiller (Karlsruhe).

Knoop. *Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche.* (Sammlung klinischer Vorträge [Volkmann], Nr. 348.)

Bietet meist nur chirurgisches Interesse. Verf. tritt für die Laparotomie als Radikalbehandlung ein.

Bartenstein (Breslau).

B. H. Nicholson. *Die Radikalbehandlung des Leistenbruches in der frühen Kindheit.* (Brit. Med. Journ. 1903.)

Der interessanteste Teil des Artikels ist des Verfassers Bericht über die Vornahme eines vom Knie bis zur Taille reichenden Verbandes mit Pariser Pflaster, wobei der Penis des Kindes in ein breites Drainageröhrchen eingeführt wird, welches lang genug ist, um die Harnabsonderung in ein am Boden stehendes Uringefäß zu ermöglichen. Auf solche Weise wird die Wunde vor einer Infektion durch den Harn bewahrt.

Melland (Manchester).

Génévrier. *Modifikationen des Knochenwachstums bei der tuberkulösen Arthritis.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Nr. 6 und 7.)

Bei der tuberkulösen Arthritis sind nicht nur die Gelenke befallen, sondern das Knochengewebe selbst erleidet Veränderungen, die bald zu Verlängerungen, bald zu Verkürzungen führen, u. zw. nicht nur die Diaphyse, sondern auch die Epiphyse erleidet mancherlei Aenderungen in bezug auf Form und Volumen. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Vor allem glaubt Génévrier, daß die abnorme Verlängerung des Knochens bei tuberkulöser Hüftgelenksentzündung viel häufiger ist, als angenommen wird, namentlich im Beginn der Erkrankung.

Die Verkürzung ist umso stärker, je älter und vorgeschrittener der Fall ist, u. zw. ist sie relativ größer als die Verlängerung. Eine genügende Erklärung dieser knochenbildenden Tätigkeit in den verschiedenen Stadien der Verlängerung und Verkürzung kann Génévrier nicht geben.

Bartenstein (Breslau).

Sinding-Larsen, dirigierender Arzt des Seehospiz Skraaviken bei Fredriksvårn. *Jodoform bei chirurgischer Tuberkulose. — I. Die Gefahren des Jodoforms.* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 1903, S. 593.)

Im Laufe der letzten elf Jahre (Juli 1892 bis 28. Februar 1903) hat Verf. etwa 300 Kinder zwischen 3 und 18 Jahren mit Jodoform behandelt. Im ganzen ist das Mittel etwa 1400mal appliziert worden und zwar 587mal als Injektionen von Jodoformglyzerin (315mal in Abszessen, 210 in Gelenken, 30 in Fisteln, 30 in Drüsentumoren und 2mal in Sehnenfungus). Weiter ist es bei gut 400 Operationen (Resektionen, Arthrektomien, Auslöfflungen, Drüsenexstirpationen, Inzisionen von Abszessen etc.) teils als Jodoformpulver, teils als Jodoformgazetamppons und schließlich bei wenigstens 400 Bandagenwechselungen benützt worden.

Mit Rücksicht auf die Mengen, welche als Einzeldosen gegeben wurden, ist immer mit großer Vorsicht vorgegangen und niemals mehr als 2 g — viel häufiger weniger — angewendet worden. Am meisten waren die Injektionsdosen 0.5, 1.0 bis 1.5 g und zwischen jeder Injektion ein Zeitintervall von zwei bis drei Wochen. Bei Nierenkranken wurde es so gut wie niemals verwendet.

Die Injektionsflüssigkeit (Jodoformglyzerin 10%) in geschlossenen Flaschen à 10 cm³ verteilt, wurde immer unmittelbar vor dem Gebrauche einige Minuten gekocht.

In zwei Fällen zeigten sich Symptome von Vergiftung mit freiem Jod (schnell auftretende und vorübergehende Erytheme, Oedeme im Gesicht, Injektion und Chemosis der Konjunktiva etc.). Die injizierte Menge war in dem einen Falle 5 cm³ Jodoformglyzerin (im Ellenbogengelenk) und in den anderen 10 cm³ (in einer Fistel).

Glyzerinvergiftung kam niemals vor.

Jodoformvergiftung trat fünfmal ein, u. zw.:

1. Lokales Ekzem bei einem 16jährigen Mädchen nach Applikation einer Jodoformgazebandage.

2. Universelles juckendes Ekzem bei einem 18jährigen Mädchen nach Injektion von 5 cm³ Jodoformglyzerin in das Fußgelenk.

3. Akute halluzinatorische Verwirrung bei einem fünfjährigen Mädchen 15 Tage nach Resectio genues, nach welcher das Jodoform teils als Pulver, teils als Gazetampons in einem Abszeß angewendet war.

4. Starkes Erbrechen, Kopfweg, Unruhe, Herzschwäche und nachher Melancholie während einigen Tagen bei einem achtjährigen Mädchen, 15 Tage nach Resectio coxae mit Jodoformgazetampon behandelt. (Der Tampon wurde wegen Unsauberkeit der kleinen Patientin häufig gewechselt.)

5. Plötzliche Delirien, Konvulsionen mit Mors wegen Herzparalyse bei einem neunjährigen Knaben. Es war im Laufe von sechs Wochen etwa 4 g Jodoform in einen tiefen spondylitischen Abszeß injiziert worden.

Im ganzen hat Verf. also Vergiftung mit Jodoform in 1.6% der behandelten Fälle gesehen und das Mortalitätsprozent betrug 0.33.

Um die Jodoformausscheidung zu kontrollieren und um Vergiftungen zu entgehen, schlägt Verf. vor, Harnuntersuchungen nach Harnack auszuführen, und Vorsicht mit weiteren Jodoformapplikationen ist angezeigt, wenn die Ausscheidung von Jod durch den Harn nach der Jodoformanwendung gering ist oder wenn man mehr Jod in der Harnasche als im Harn findet. Eine fortgesetzte Applikation ist aber ohne Risiko, wenn sich die Jodausscheidung unmittelbar nach der Anwendung des Jodoforms bedeutend zeigt, um sich später nach und nach zu vermindern.

Endlich empfiehlt Verf. auch den Jodoformgebrauch zu vermeiden bei Kindern, die schwächlich, anämisch und schwer krank sind, selbst wenn die Nieren auch gesund sind. Immer sind große Quantitäten (Einzeldosen) zu vermeiden und die Applikationen dürfen niemals häufig wiederholt werden.

Eyvin Wang (Christiania).

Honsell. *Weiterer Beitrag zur akuten Osteomyelitis im Gebiet des Hüftgelenkes.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, S. 593.)

Verf. berichtet über 15 neue Fälle akuter Osteomyelitis der Hüfte, von denen 10 Kinder betrafen. Er ergänzt damit seine mit v. Bruns gemeinsam verfaßte Publikation in Bd. 24 der Beitr. z. klin. Chirurg. Bemerkenswert ist die relative Bösartigkeit der Osteomyelitisrezidive (von 9 Fällen sind 4 gestorben, ein 5. nahm einen sehr schnellen Verlauf und erforderte die Resektion). Relativ gutartig ist die Erkrankung im frühesten Kindesalter. Bei Kindern bis zu 5 Jahren kam Verf. fast stets ohne schwerere Eingriffe aus:

unter 19 Fällen dieser Altersstufe blieb dreimal jede Abszeßbildung aus, sechsmal erfolgte spontaner Aufbruch und spontane Ausheilung, achtmal genügten Inzisionen, eventuell mit Sequesterextraktion, und nur einmal wurde Resektion nötig. Von diesen 19 Kindern ist nur ein einziges gestorben = 5·2%, während bei 102 älteren Kindern und Erwachsenen das Letalitätsprozent 17·6 beträgt. Auch das Endresultat war fast stets ein günstiges, alle als Kinder unter 5 Jahren Erkrankten lernten ohne Stütze frei laufen. Eine zweckmäßige Drainage des vereiterten Hüftgelenkes ist bei älteren Kindern und Erwachsenen zumeist nur durch Resektion des Schenkelkopfes, eventuell mit Hals zu erzielen. Die Durchtrennung unterhalb des Trochanters ist nur bei radiographisch nachgewiesener Erkrankung desselben indiziert. Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Ausdehnung der Erkrankung ist ein sehr hoher. Wegen weiterer Details sei auf das Original verwiesen.

Schiller (Karlsruhe).

Schlatter. *Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, S. 874.)

Im Anschluß an acht Beobachtungen, sämtlich an Knaben, die bis auf zwei durch Röntgenabbildungen illustriert sind, zeichnet Verf. das Bild der Verletzung. Aus seinen Studien ergibt sich, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Epiphysenfortsatz einen vor der Tuberositas tibiae liegenden Knochenkern als Ausgangspunkt hat, daß er entsteht aus dem Gegeneinanderwachsen des Knochenkernes und der Epiphysenplatte und daß die Verbindungsstelle beider ein Locus minoris resistentiae ist. Das Vorhandensein des Knochenkernes wird als zwischen dem 12. und 20. Lebensjahre liegend angegeben. Die Verletzung betraf nun tatsächlich nur Individuen zwischen 12 und 17 Jahren, vorwiegend ist das 13. und 14. Lebensjahr beteiligt. Entweder ist es — seltener — eine direkte, öfter eine indirekte Fraktur durch Quadricepszug. Deshalb betrifft die Verletzung auch öfter (siebenmal) das rechte Knie als das linke. Der Schmerz ist meist mäßig, die Funktionsstörung gering. Eine völlige Heilung erfolgt erst mit der definitiven Verknöcherung, dann aber auch stets. Die Prognose wird also besser, je näher das Alter des Verletzten der Grenze sich nähert, wo schon physiologisch die knöcherne Vereinigung erfolgt. Charakteristisch ist der typische Druckpunkt auf der Tuberositas tibiae, $2\frac{1}{2}$ cm unter der Gelenkspalte, die druckempfindliche Stelle ist genau mit einer Fingerkuppe zu bedecken. Daneben häufig an der gleichen Stelle eine knöcherne Prominenz. Bei frischen Verletzungen noch eine teigige Schwellung unterhalb der Patella. Als Begleiterscheinung gesellt sich zu der Verletzung eine Atrophie des M. quadriceps femoris.

Die Behandlung besteht in mehrwöchentlicher Immobilisierung durch leichte Verbände und frühzeitiger Massage des Quadriceps.

Schiller (Karlsruhe).

Lilienfeld. *Ein Fall von kavernösem Angiom der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt.* (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, S. 486.)

Bei einem neunjährigen Mädchen, das an einem sehr entstellenden und funktionsbehindernden Angiom der Haut des rechten Ringfingers in ganzer Zirkumferenz und der des rechten Mittelfingers in seinem ulnaren Anteil litt, gelang es durch systematische subkutane Injektion von je 1 cm³ erst 50%igen, dann 70%igen Alkohols in ca. 50 Sitzungen, die sich freilich auf 8 Monate verteilten, ein vollkommenes Verschwinden des Tumors herbeizuführen. Abgesehen von einer durch eine Haut- und Phalangen-

nekrose bedingten partiellen Ankylosierung des letzten Interphalangealgelenkes am Ringfinger war der Erfolg auch in funktioneller Hinsicht vollkommen.

Schiller (Karlsruhe).

Roos. *Schwere Knochenerkrankung im Kindesalter. Osteomalazie? Rachitis?* (Zeitschr. f. klin. Medizin, 50. Bd.)

Ein Mädchen, einen Monat zu früh geboren, ältestes von vier völlig normalen Kindern, das sich unter Ernährungsstörungen nur langsam entwickelte, bekam mit 14 Monaten einen Femurbruch beim Fall auf ebener Erde. Von da ab erlitt das Kind alle Jahre bis ins achte Lebensjahr, u. zw. stets im Sommer und ohne besondere Veranlassung, eine Spontanfraktur an den unteren Extremitäten. Die Heilung war verlangsamt und es bildeten sich starke Verkrümmungen aus, die durch Röntgenbilder illustriert sind. Im neunten Lebensjahre setzte spontan eine Besserung ein, die Verkrümmungen wurden geringer und die Knochensubstanz nahm zu (Röntgenbild). Der Fall gleicht sehr dem vom Verf. im 48. Bd. der Zeitschr. f. klin. Medizin 1903, Nr. 1 und 2, veröffentlichten (Siehe Referat S. 86). Einer Diagnose enthält sich Verf., wie schon aus dem Titel hervorgeht, vollständig. Bartenstein (Breslau).

C. Beck. *Ueber echte Zysten der langen Röhrenknochen.* (Langenbecks Arch. für klin. Chir., Bd. 70, S. 1099.)

Verf. hat sich durch Vergleich von 107 mit Röntgenstrahlen photographierten Fällen von Osteosarkom mit den Aufnahmen von drei Fällen echter Knochenzysten bei Kindern überzeugt, daß es nach dem Röntgenbilde gelingt, beide Krankheitsformen diagnostisch zu trennen. Als sichere Merkmale bezeichnet er: 1. Regelmäßigkeit der Konturen der Höhle; 2. Parallelität derselben zur Kortex; 3. absolute Durchsichtigkeit der Höhle. Bei Sarkom finde sich stets entweder mangelhafte Transparenz oder Durchbrechung der Corticalis. Uebrigens hält Verf. die Knochenzystenbildung für eine der Rachitis verwandte Erkrankung, wofür ihm der Sitz an der Epiphysenlinie, das kindliche Alter und der Umstand, daß alle drei Fälle aus Gegenden, wo Rachitis endemisch sei, stammten, beweiskräftig erscheinen.

Schiller (Karlsruhe).

Hilgenreiner. *Zur suprakondylären Fraktur des Oberarmes.* (Bruns Beiträge zur klin. Chir., Bd. 39, S. 275.)

Verf. entwirft an der Hand von 21 Fällen dieser Verletzung, die unter 43 Fällen von Bruch am unteren Humerusende beobachtet wurden, ein anschauliches Bild derselben. 13 Fälle von Extensionsbruch mit der radiographisch leicht nachweisbaren typischen von hinten oben nach vorn unten verlaufenden Bruchebene, sämtlich Kinder betreffend, werden eingehend analysiert, während 7 Flexionsbrüche sich auf ein zweijähriges Kind und 6 Erwachsene im Greisenalter verteilen. Dies Verhältnis wird aus dem anatomischen Verhalten des unteren Humerusendes einleuchtend erklärt. Sehr beachtenswert ist der Vorschlag des Verfassers, typische Extensionsbrüche in forciert Flexionsstellung, die beim Fehlen starker Dislokation

schon an sich zur Reduktion und Reposition genügt, sonst natürlich erst nach vorhergehender Reduktion der falschen Stellung, zu verbinden, Flexionsfrakturen dagegen in Extension. Er empfiehlt den ersten Kontentivverband 10 bis 14 Tage liegen, zu lassen, dann einen neuen für die gleiche Zeit anzulegen, den Verbandwechsel zu vorsichtiger Massage und passiver Bewegung zu benützen. Danach laue Bäder, Massage, Bewegungen.

Ref. scheint der Kontentivverband in „akuter Flexion“ zumal vor Rückgang der Schwellungserscheinungen für den Fall, daß Zirkulationsstörungen im Vorderarm (Verminderung des Radialpulses) bestehen, doch nur mit großer Vorsicht anwendbar wegen der Gefahr einer weiteren Verminderung des arteriellen Blutumlaufes.
Schiller (Karlsruhe).

Lieblein. *Ueber den artikulierenden Gipsverband und seine Anwendung zur Behandlung angeborener und erworbener Deformitäten.* (Bruns Beiträge zur klin. Chir., Bd. 38, S. 836.)

Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen den artikulierenden Gipsverband nach Gersuny, den er mit einigen Modifikationen auch für Klumpfüße, Hohlfüße, fibröse Kniegelenkskontrakturen, Genua valga im Kindesalter, eventuell auch für fibröse Kontrakturen im Ellenbogen und Sprunggelenk anrät. Der genauere Gang der Behandlung, die zwar sehr einfach, aber ziemlich langwierig ist, ist aus dem Original zu ersehen.

Schiller (Karlsruhe).

Bülow-Hansen. *Luxatio coxae congenita.* (Forhandlingar i det medicinske selskab i Kristiania 1903, S. 67.)

Es wurden in der medizinischen Gesellschaft in Christiania neun Patienten demonstriert, die nach der Methode Lorenz' behandelt waren. Bei zwei von diesen war die Reposition acht Tage vorher vorgenommen worden. Ein dritter Patient mit doppelseitiger Luxation wurde zur Zeit der Demonstration mit Massage behandelt. Röntgenaufnahmen zeigten, daß das Caput femoris auf beiden Seiten tief in das Acetabulum reponiert war.

Bei den sechs übrigen Patienten wurde das schließliche Resultat demonstriert, und es zeigte sich in einer Mehrzahl von Fällen sowohl in anatomischer als in funktioneller Beziehung ideal. Die Patienten konnten alle sicher und fest ohne Hinken gehen. In einem Falle zeigte das Röntgenbild ein vollständig neugebildetes Dach, welches das reponierte Caput femoris wie eine Kalotte umfaßte.

Seit dem Herbst 1898 hatte Verf. im ganzen 20 Fälle behandelt, von denen 7 doppelseitig waren, also im ganzen 27 Repositionen bei Kindern im Alter von $2\frac{1}{2}$ bis 15 Jahren. Das älteste mit doppelseitiger Luxation war $7\frac{1}{2}$ Jahre alt.

Von Unfällen hat er zwei gehabt, nämlich einmal eine vorübergehende Ischiadikusparalyse und einmal einen Todesfall $1\frac{1}{2}$ Tage nach der Reposition mit Symptomen einer Herzlähmung.

Eyvin Wang (Christiania).

Kaloyèropulos. *Ueber Oesophagoskopie und Oesophagotomie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre.* (Bruns' Beiträge zur klinisch. Chir., Bd. 38, S. 540.)

Fortführung der Statistik. 53 neue Fälle seit 1897, darunter 15 unter 15 Jahren mit Oesophagotomie behandelt, von denen 13

geheilt, 2 gestorben sind. Als Kuriosum sei erwähnt, daß sogar ein 6monatliches und ein 13 Monate altes Kind durch Operation gerettet werden konnten. Die Mortalität der Oesophagotomie beträgt zur Zeit ca. 15%; das Normalverfahren bildet die Fremdkörperextraktion mit Hilfe der Oesophagoskopie in erster Linie, durch Oesophagotomie in zweiter. Schiller (Karlsruhe).

M. Sattler. *Zur Behandlung der Verbrennungen mit Trockenverbänden.* (Wiener med. Presse 1903, Nr. 48, Seite 2261.)

Der Autor berichtet über eine ganze Reihe günstig ablaufender Brandverletzungen mittels Trockenbehandlung durch Xeroform und Puder, die in folgender Weise gehandhabt wird: Bei frischen Verbrennungen werden die noch uneröffneten Blasen an ihrer tiefsten Stelle mit steriler Schere eröffnet, die geplatzten Blasen abgetragen, ebenso die herabhängenden Epidermisfetzen; die zum Teile schon gallertig geronnene Transsudatflüssigkeit wird mit trockenen Tupfern abgewischt. Hierauf wird die Wunde mit einer dicken Lage von Xeroform und darauf mit Puder dick bestreut, eine Schichte steriler Gaze aufgelegt und die Wunde mittels eines Bindenverbandes abgeschlossen. Dieser Verband bleibt vier bis sechs Tage liegen und erfolgt Verbandwechsel, um denselben schmerzlos zu gestalten und Blutungen zu vermeiden, im Bad. Auffallend ist hiebei vor allem die rasche schmerzstillende Wirkung, die namentlich bei Verbrennungen dritten Grades sich ausgezeichnet geltend macht. Ein weiterer Vorteil ist, daß die Abstoßung der Schorfe in kurzer Zeit vor sich geht, die Granulationen kräftig wuchern und die Epithelüberkleidung rasch erfolgt. Der Vernarbungsprozeß wird günstig beeinflußt, die Narben sind fest und zeigen keine Tendenz zur Retraktion. Die Gefäßversorgung ist eine genügende, so daß in den Narben die lästigen und gefürchteten Geschwürsprozesse nicht zum Aufschießen kommen. Ein weiterer Vorteil ist endlich die Ungiftigkeit des Xeroforms, indem in der ganzen Reihe der behandelten Fälle keinerlei Reizwirkung zu beobachten war, und schließlich ist erwähnenswert, daß in keinem Falle eine Infektion der Wunden eingetreten ist.

Unger (Wien).

A. Guimarães. *O chlorureto de ethyla na cirurgia infantil.* (Brazil med., Nr. 25.)

Kinder werden durch Aethylchlorid leicht anästhesiert. Die Phasen der Narkose folgen einander äußerst rasch, so daß sie nicht zu trennen sind. Gegenindikationen konnte Autor nicht aufstellen. Man ging bereits so weit, ein Kind von vier Monaten mit Aethylchlorid zu narkotisieren. Autor zieht bei Kindern dieses Anästhetikum allen anderen vor. Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

S. Vicira. *Accidentes ocasionados nas crianças pelo chlorureto de ethyla como anesthesico geral.* (Rev. med. de S. Paulo, Nr. 12.)

Drei Beobachtungen von Erstickungsanfällen bei Kindern von 5, 7 und 12 Jahren im Verlauf der Anwendung von Chloräthyl zur allgemeinen Narkose. Autor zieht das Chloroform vor.

Olinto de Oliveira (Rio de Janeiro).

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

Sinding-Larsen. *Ueber Isolation „von Bazillenträgern.“* (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1903, S. 1324.)

Schon vor drei Jahren hat Verf., der dirigierender Arzt des Seehospiz Skraaviken (Fredriksvärn) in Norwegen ist, sich gegen den Nutzen der Isolation von Bazillenträgern während einer Diphtherieepidemie geäußert. Auch jetzt nimmt er denselben Standpunkt ein; die Infektiosität solcher Individuen will er nicht verneinen; er stellt sich aber sehr zweifelnd gegenüber dem Nutzen der Isolation und zieht die prophylaktischen Seruminjektionen als billiger und minder beschwerlich vor.

Während einer Epidemie in dem Seehospiz für skrofulöse Kinder hat er die Erfahrung gemacht, daß besonders die tuberkulösen Kinder eine unbegrenzt lange Zeit ihre Bazillen behalten können — deshalb wäre die Isolation unmöglich durchzuführen.

Frölich (Christiania).

Moussous. *Ueber die Notwendigkeit der isolierten Beobachtung der ins Krankenhaus aufgenommenen Kinder.* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1903, Nr. 10.)

Verf. tritt für Quarantänestationen für die Neuaufgenommenen ein (Granchersystem). Gegenüber der enormen Verteuerung des Betriebes glaubt Verf. eine Verringerung der Behandlungsdauer in Aussicht stellen zu können.

Bartenstein (Breslau).

E. Sorre. *Des modifications à apporter à la loi de protection des enfants en bas âge. (Loi Roussel).* (Thèse de Paris 1903, Société d'impression et d'édition.)

So gute Dienste das Rousselsche Gesetz für die Säuglingsfürsorge geleistet hat, so sind doch Lücken in demselben, durch welche zahlreichen Mißbräuchen offener Weg gelassen ist. An Verbesserungsvorschlägen fehlt es in der neueren französischen Literatur nicht. Die Mängel des Gesetzes hat Verf. in sechsjähriger Praxis als médecin-inspecteur kennen gelernt und fordert vor allem, daß die Funktion des aufsichtsführenden Arztes bedeutend erweitert werden und daß ihm eine größere Autorität gegenüber den Eltern und Pflegefrauen der ihm unterstellten Kinder gegeben werde.

Wenn Verf. eine Ausdehnung der ärztlichen Ueberwachung auf alle Säuglinge, nicht nur auf Pflegekinder, sondern auch auf die in den Familien aufgezogenen Kinder armer und reicher Eltern verlangt, so wird er damit gewiß nicht durchdringen; doch wird ihm jeder darin zustimmen, daß eine Kontrolle der Säuglinge, welche sich bei den Großmüttern in Pflege befinden, sehr erwünscht ist und ebenso eine viel strengere staatliche Ueberwachung der Ammenvermittlungsbureaus.

Keller (Bonn).

Ungarische pädiatrische Literatur 1903.

Von Dr. LEO LORÁND (Budapest).

Gyermekgyógyászat (Pädiatrische Beilage des Orvosi Hetilap) 1903, Nr. 3. Redigiert von Prof. Johann v. Bókay. Inhalt:

M. Arnold Winternitz. *A nyelöcsö felsö felében fennakadt sima felületü idegen testek retrograd visszatolása a szájgaratba, a nyelöcsö elözetes szabaddá tétele révén a nyak felöl.* (Die retrograde Zurück-schiebung der im oberen Teile der Speiseröhre stecken gebliebenen glatten Fremdkörper in die Rachenhöhle, nach vorheriger Freilegung der Speiseröhre vom Halse aus.)

Die Lichtweite der Speiseröhre ist nicht überall gleich, engere Stellen sind hinter dem Ringknorpel, in der Höhe der Incisura sterni und bei dem Durchtritte durch das Zwerchfell. Größere glatte Fremdkörper bleiben vorzugsweise an diesen Stellen stecken und wenn sie vollkommene Verstopfung verursachen und weder die Hinabstoßung in den Magen noch das Herausziehen gelingt, ist die Oesophagoskopie anzustellen und die Extraktion durch das Oesophagoskop zu versuchen. Erst nach erfolglosen Entfernungsversuchen ist der Speiseröhrenschnitt vorzunehmen. Selbst nach Vollführung des Einschnittes ist unbedingt das Oesophagoskop zu benutzen, da mit Hilfe dessen die Entfernung des Fremdkörpers unter der Kontrolle des Auges erfolgen kann. Verf. beantragt, die im oberen Teile der Speiseröhre eingekeilten glatten Fremdkörper nach Freilegung der Speiseröhre von der linken Seite des Halses aus, hinter dem äußeren Rande des Sternokleidomastoideus eindringend, mit den Fingern nach oben zu mobilisieren. Dieses Verfahren gelang leicht bei einem zweijährigen Mädchen, welches ein Zehngrammgewicht verschluckte, ohne den Oesophagus eröffnen zu müssen.

Gabriel Massanek. *Veseümökör kiirtással gyógyított esese.* (Ein durch Nierenexstirpation geheilter Fall von Nierentuberkulose.)

Neunjähriges Mädchen. Seit acht Monaten Zystitis, welche ohne Erfolg behandelt wird. Unter intermittierendem Fieber Abszeßbildung in der rechten Nierengegend, dessen Punktion dicken Eiter ergibt. Der Nachweis von Tuberkelbazillen kann aus demselben nicht erbracht werden. Nach Oeffnung der Eiterhöhle bloß kurze Besserung, worauf die ganze Niere entfernt wird. Dieselbe ist voll von miliaren bis erbsengroßen Abszessen; die histologische Prüfung zeigt chronische disseminierte Tuberkulose. Rasche Besserung im Allgemeinbefinden, doch langsame Heilung der Wunde, welche nach Dreivierteljahren noch aus einer Fistel besteht. Die Zystitis ist gebessert.

Aladár Schütz. *A caloria elmélet térfoglalása a csecsemődiätetikában.* (Das Umsichgreifen der Kalorientheorie in der Säuglingsdiätetik.)

Beschreibung der Grundsätze der Kalorienlehre nach Rubner, Camerer und Heubner. Bestimmung der benötigten Kalorien

bei Säuglingen verschiedenen Alters. Kalorimetrische Wertbestimmung der gebräuchlichen künstlichen Ernährungsmethoden und Nährmittel.

Tibor v. Györy. *Csapó József s gyermekgyógyászati munkái.* (Josef Csapó und seine pädiatrischen Arbeiten.) (Feuilleton.)

Ein in dem ungarischen Nationalmuseum befindliches Manuskript von Csapó (1734 bis 1799) behandelt ein „Monstrum nicorporeum humanum“, dessen Beschreibung aus dem Jahre 1791 stammt. Der Verfasser war ein ungarischer Landchirurg, von dem zwei pädiatrische Werke erwähnenswert sind, das erste in ungarischer Sprache, das zweite eine lateinische erweiterte Bearbeitung des ungarischen ist, unter dem Titel: „Valetudinarium infantile Hungaricum novum, sistens morbos infantium centenos, horumque tutos curandi modos, subjunctis instructionibus cautelisque utilissimis centenis.“ (Pestini 1794.) Unter den „Nützlichen Regeln zur Erziehung kleiner Kinder“ finden sich manche Ratschläge, welche auch heute noch nicht veraltet sind.

Gyermekgyógyászat 1904, Nr. 4. Inhalt:

Kornel Preisich. *A Vincentféle angina.* (Die Vincentsche Angina.)

Der mit verschiedenen Namen bezeichnete Krankheitsprozeß (Angine ulceromembraneuse, amygdalite ulceromembraneuse chancriforme, angine pseudomembraneuse atypice s. diphtheroides etc.) bildet eine Rachenerkrankung, deren Beschreibung bei den verschiedenen Autoren keine einheitliche ist und welcher ein besonderer Platz in den Lehrbüchern als selbständiger Erkrankung auch gar nicht gebührt. Der von Vincent bei der bakteriologischen Prüfung diphtherieverdächtiger Rachenerkrankungen gefundene spindelförmige Bazillus und die dazu gesellten Spirillen konnten bisher noch nicht rein gezüchtet werden, sondern stets nur in Symbiose mit anderen Bakterien. Auch die Impfung des Vincentschen Bazillus auf Tiere und Menschen war erfolglos. Die Unterscheidung des klinischen Bildes von der Diphtherie und Syphilis ist oft schwer, denn man findet bald fibrinöses Exsudat, bald oberflächliche oder tiefergreifende Gewebszerstörung oder gar Gangrän. Als charakteristisches Symptom ist auch nach Vincents und Rónas Untersuchungen zu betrachten, daß es stets gangränöse Prozesse sind, wo der spindelförmige Bazillus vorherrschend anwesend ist, bzw. wir haben nur dort das Recht, eine schädliche Bedeutung dieses Bazillus anzunehmen, wo übelriechender Gewebszerfall bereits eingetreten ist. Die spindelförmigen Stäbchen sind sozusagen ständige Bewohner der gesunden Mundhöhle und wenn die Schleimhaut daselbst durch irgend welche Einwirkung (wie Bakterien, Trauma, Vergiftung) erkrankt, entstehen für die rasche Vermehrung des Vincentschen Bazillus günstige Verhältnisse, wonach er den übelriechenden Zerfall der Schleimhäute vielleicht auch nun selbst verursacht. Wahrscheinlich hat er bloß sekundäre

ätiologische Bedeutung, so daß man richtig bloß von „mit fusiformen Bazillen kombinierter geschwüriger oder diphtherischer oderluetischer Angina“ sprechen dürfte, natürlich vorausgesetzt, daß neben dem stinkenden Gewebszerfall das Vorhandensein der genannten Bazillen erwiesen ist.

Franz v. Torday und Árpád v. Torday. *A liquor cerebrospinalis cytodagnostikus vizsgálata tuberculosus meningitisknél.* (Die zytodiagnostische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei tuberkulöser Hirnhautentzündung.)

Der direkte Nachweis von Tuberkelbazillen in der Cerebrospinalflüssigkeit ist oft ein schwieriger. Tierversuche und Züchtung beanspruchen längere Zeit, währenddessen die Diagnose durch den klinischen Verlauf bereits sichergestellt ist. Dieser Umstand verleiht der Zytodiagnose ihre Bedeutung, welche es ermöglicht, die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit bereits nach einigen Stunden aufzustellen. Die Autoren untersuchten die zentrifugierte Cerebrospinalflüssigkeit von zehn Fällen tuberkulöser Meningitis, wobei Lymphozyten stets vorgefunden worden sind. Polynukleare Zellen waren manchmal vorhanden, doch stets waren die Lymphozyten in überwiegender Mehrzahl. Dieser histologische Befund wird von den Autoren als ebenso beweiskräftig angesehen als der Nachweis von Tuberkelbazillen, der in der Hälfte der Fälle erbracht werden konnte.

Géza Faludi. *Haemophilia érdkesebb esete.* (Ein interessanter Fall von Hämophilie.)

Die erste Blutung trat bei dem Knaben zur Zeit der rituellen Beschneidung auf und wiederholte sich seither oft auch spontan. Ein ausgebreiteter Bluterguß verursachte Gangrän des Unterschenkels. Trotz Amputation konnte der 6½jährige Knabe nicht gerettet werden.

Leo Loránd und Géza Faludi. *Defectus sterni et ectopia cordis.* (Erscheint in der Monatsschrift demnächst in extenso.)

Gustav Genersich. *A böleső befolyása a koponya fejlődésére.* (Der Einfluß der Wiege auf die Entwicklung des Schädels.) (Feuilleton.)

In interessanter Weise erklärt Verf. die Entstehung des hinten abgeflachten und schiefen sogenannten Tartarenschädels, welcher unter den Wallachen und in manchen Gegenden Ungarns sehr häufig vorkommt. In diesen Gegenden herrscht nämlich die Sitte, daß die Säuglinge überaus lange in Wiegen gehalten werden, in welche sie festgebunden und selbst beim Säugen nicht auf den Arm genommen werden. Die oft mit Hydrozephalus und Kraniotabes behafteten Kinder bleiben so lange in den harten, primitiven und ungenügend gepolsterten Wiegen liegen, bis sie gehen können, um in die Arbeit mitgenommen werden zu können. Anthropometrische Schädelmessungen bei 217 Kindern ergaben meist hyperbrachycephale Form bei 77·85% und trochocephalen Schädel bei 10·59% der Fälle. Als Beweis dessen, daß diese eigentümliche

Schädelform nicht so sehr als Eigenart der Rasse zu betrachten sei, sondern vielmehr eine Folge des ständigen Druckes ist, stellte Genersich Versuche mit Kürbissen an. Ein Teil derselben blieb unberührt, andere wurden täglich öfter gedreht oder ganz gewendet. Jene Kürbisse, welche nicht berührt wurden, waren auf ihrer Liegefläche am meisten abgeplattet, während bei jenen, bei welchen Lageveränderungen täglich vorgenommen wurden, die Abplattung weniger vollkommen war.

Ernst Deutsch. *A szunidei gyermekelepekröl. (Ueber die Kinderferienkolonien.)*

Beschreibung der segensreichen Tätigkeit dieser humanitären Vereine und kurzer Ueberblick über die historische Entwicklung derselben in den verschiedenen Ländern.

Berichte.

Sektion Neapel der italien. Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(31. August 1903.)

Vorsitzender Prof. A. Carini.

A. Carini. Beitrag zur Kasuistik des angeborenen bilateralen Defekts der Fibula. — Ein seltener Fall von Fissura naso-labialis. — Ein Beitrag zur Kasuistik der Hufeisennieren.

G. Ascarisi. Radioskopische Untersuchung des kardio-vaskulären Apparates bei Kindern.

Gallo. Ueber einen Fall von Tetanus neonatorum. Ein elftägiges Kind. Vollständige Heilung.

O. Cozzolino. Oedem der Neugeborenen. Störungen bei Säuglingen von nephritischen Ammen. (Siehe Referat Nr. 12 dieser Monatsschrift.)

J. Cima. Ein Fall von Anämie infolge von Anchylostomiasis und Anguillula intestinalis.

F. Fede e D. Durante. Ueber Varicella.

G. A. Petrone. Ein Fall von tuberkulärer Poliorrhomenitis mit Cirrhosis hepatica und Hypersplenomegalie. Ein Fall von latenter Cirrhosis hepatica bei einem vierjährigen Mädchen.

D. Durante. Ueber einen Fall von Adipositas dolorosa bei einem Mädchen und Syndrome von Gehirngeschwulst.

Serio und Cipolla. Neue Untersuchungen über Milchfermente.

F. Fede. Ein Fall von Sarcoma renalis.

Die anderen Mitteilungen sind schon in diesem Jahrgang referiert.
Dotti (Florenz).

Sektion Turin der italien. Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(25. Nov. 1903.)

Vorsitzender Privatdozent Dr. E. Mensi.

E. Mensi. Ueber Lävulosurie der Neugeborenen. Kein Unterschied zwischen einigen gesunden und einigen mit Ikterus behafteten, die der Probe mit Lävulose unterworfen wurden.

E. Mensi. Ueber Splenomegalie und Meläna, als frühzeitiges Symptom erblicher Syphilis. Verf. berichtet über einen Fall.

E. Mensi. Ueber einen speziellen mikroskopischen Befund in Frauenmilch als Ursache von Dyspepsie der Säuglinge.

Verf. berichtet über acht Fälle von Kindern mit dyspeptischen Störungen; die Milch war größtenteils aus feinsten Kügelchen zusammengesetzt.

Ovazza. Ueber Verschwinden der endokarditischen Geräusche.

Verf. berichtet über einen Fall von Verschwinden des Geräusches nach sieben Jahren.

Mensi glaubt, es können nur die anorganischen Geräusche verschwinden, während Muggia es für eine gewöhnliche Erscheinung hält.

Gianasso. Ueber Wirkung von Arsenikpräparaten auf Kindernieren.

Keinerlei Nierenveränderungen in 22 Beobachtungen.

Meynier. Ein Fall angeborenen Megakolons.

Es war ein zwölfjähriger Knabe.

Meynier. Ueber einen neuen Fall sublingualer Wucherung. (Siehe Referat S. 258 dieser Monatsschrift.)

Muggia. Ueber die kurkindlicher Atrepsie: Verabreichung von Thymus (Pastillen) bewirkt vielleicht leichte Vermehrung des Hämoglobins; Injizierungen von Bioplastin Sero und Lecithin bewirken Gewichtszunahme und Besserung des Allgemeinbefindens.

Muggia. Ein Fall diffusen toxikämischen Oedems bei einem Säuglinge.

Gastroenteritis, Oedem, dann Heilung.

Allaria. Paratyphische Infektion bei Kindern. (Siehe Bd. II, S. 751 dieser Monatsschrift.)

Allaria. Untersuchungen über Vorhandensein helminthischer Hämolyse.

Glaubt nicht an ihr Vorhandensein.

Allaria. Ueber sogenannte appendikuläre Lungenentzündung bei Kindern.

Vallana. Pleuritis bei Säuglingen.

Statistischer Bericht über 167 Sektionsbefunde.

Torretta. Das Protargol, bei Mundkrankheiten der Kinder.

In 150 Fällen verschiedenartiger Stomatitis und bei Soor erzielte Verfasser mit 1 bis 10⁹/₁₀igem Protargol, alle 24 Stunden verabreicht, ausgezeichnete Resultate.

Torretta. Fremdkörper im rechten Bronchus.

Chronische Bronchopneumonieerscheinungen vier Monate hindurch bei einem Knaben, der dann durch Husten ein Stück Nußschale auswarf.

Dotti (Florenz).

Sektion Florenz der italien. Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(23. Juni 1903.)

L. Concetti. Ein Fall von bösartigem Lymphosarkoma des Mesenteriums und des Dünndarms bei einem fünfjährigen Knaben.

Ein zweiter, durch die Sektion bestätigter Fall wird von Prof. Fede erwähnt. (Neunmonatlicher Knabe.)

F. Fede. Ueber die Ursachen der sublingualen Wucherung.

Verf. legt noch einmal eine große ätiologische Bedeutung auf Gegenwart und mechanische Tätigkeit der unteren Schneidezähne. Concetti

und Mya nehmen diese pathogenetische Lehre an und bringen ihre Beobachtungen vor. Mya hebt die weit geringere Frequenz dieses Leidens in Toscana hervor und Giarré schließt sich ihm an.

G. Finizio. Einfluß der kolibakteriellen Infektion auf die Stickstoffbilanz und auf die organischen Oxydationsprozesse. (*La pediatria*, 1903, Nr. 6.)

Die Untersuchungen zeigen, daß die leichte kolibazilläre Infektion Ersparnis an Stickstoff bedingt, während die intensivere ein Defizit zeigt. Die Stickstoffbilanz geht nicht immer mit den organischen Oxydationen Hand in Hand.

D. Crisafi. Jodophile Reaktion und Glykosurie bei an Keuchhusten erkrankten Kindern. (Siehe Bd. II, Nr. 12 dieser Monatsschrift.)

S. Frontini. Ueber einen seltenen Fall von Lungenhernie. Ein dreijähriges Kind, von Bronchopneumonie rekonvaleszenter Heilung.

G. Mya. Ueber Laryngealstenosis nach Serumtherapie. (Siehe Bd. II, Nr. 10 dieser Monatsschrift.)

D. Pacchioni. Assoziation des Diphtherie- und des Vincentischen Bazillus. Drei Fälle.

J. Rossi. Eitrige Streptokokken-Peritonitis bei einem Mädchen. (*Rivista di Clinica pediatrica* Nr. 9, 1903.) Operation und Heilung in einem Falle.

G. Caccia. Ein ungewöhnlicher Fall von doppeltem retropharyngealen Abszeß.

G. Caccia. Ueber Drainage der Respirationswege bei an Tracheotomie Operierten.

C. Giarré. Anomale Formen von kindlicher Influenza. Formen mit anhaltendem Fieber und Gastritiserscheinungen. Zweifelhafte, ob es dem Influenzabazillus oder anderen Bakterien (Streptokokken) zu verdanken sei.

Auch Mya hatte Gelegenheit, eine gute Anzahl solcher Fälle zu beobachten.

Es handelt sich um eine besondere Form von Gastritis mit allgemeinen toxischen Wirkungen auf das Nervensystem, auf die vasomotorische Innervation der Haut (Erythem), auf den Stoffwechsel und zuweilen auf die Niere.

Dotti (Florenz).

Aus dem Kongreß der italien. Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

(Rom, Oktober 1903.)

(*Rivista di Clin. Ped.*, 1903, No. 12.)

I. Ueber Läsionen des Mittelohres infolge von adenoiden Wucherungen. (Grazzi, Poli, Arslan, Massei.)

II. Ueber Laryngopathie nach akuten infektiösen Krankheiten (Martuscelli, Egidi, Massei.)

III. Ueber die aurikulären Störungen infolge langdauernden Stillens (Ferreri.)

IV. Ueber Natur der laryngealen Papillomen bei Kindern. (Gradenigo.)

Dotti (Florenz).

Generalversammlung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Köln

am 7. November 1903.

(Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspfl., XXIII. Bd., 1904. Heft 1 u. 2.)

Krautwig (Köln): Ueber Säuglingsfürsorge, besonders über Haltekinderwesen.

Schlußsätze: Die beste Art der Versorgung der unehelichen Kinder ist die Unterbringung in einer Familie; die große Mortalität und Morbidität der unehelichen Kinder erfordert jedoch eine besondere Kontrolle.

Es sind unter Aufsicht zu stellen alle unehelichen Kinder und diejenigen ehelichen Kinder, die gegen Entgelt in fremder Pflege untergebracht sind.

Die Aufsicht ist möglichst einfach, einheitlich und sachverständig zu gestalten. Auf dem Lande und in kleineren Städten eignen sich am besten als Aufsichtsorgane der Kreisarzt und weibliche, ehrenamtlich tätige Kräfte. In großen Städten sind ein Ziehkinderarzt und besoldete Pflegerinnen mit der Aufsicht zu betrauen.

In großen Städten ist die Generalvormundschaft nach Leipziger Muster für alle unehelichen Kinder zu erproben. Eine wirksame Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit verlangt in größeren Städten ein neuzeitlich eingerichtetes Säuglingsheim und Säuglingskrankenhaus.

Das, was Vortragender gegen die Findelhäuser vorbringt, ist unbegründet; er kennt offenbar die in einzelnen ausländischen Findelanstalten erzielten Resultate nicht und vergißt, daß die Organisation dieser Anstalten vorbildlich für unsere vielgerühmten Säuglingsheime gewesen ist.

Hochhaus (Köln): Ueber die Versorgung der Säuglinge in Hospitälern.

Votr. begründet die Notwendigkeit der Errichtung besonderer Säuglingsspitäler, erläutert die Anforderungen, welche die Unterbringung von Säuglingen an Arzt, Krankendienst und Pflegepersonal stellt, hebt die in den modernen Säuglingsanstalten erzielten guten Erfolge hervor und befürwortet für Köln die Errichtung eines Säuglingsheims.

A. Pröbsting (Köln): Ueber künstliche Beleuchtung der Schulsäle.

Am besten geeignet ist elektrisches Licht, u. zw. indirekte Beleuchtung.

Keller (Bonn).

28. Versammlung des deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden vom 16. bis 18. September 1903.

(Nach dem Berichte des Ausschusses. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. 36, 1904, Heft 1.)

Den Kinderarzt speziell interessieren die Vorträge von Gaffky: „Nach welcher Richtung bedürfen unsere derzeitigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose der Ergänzung?“ und von Dunbar „Die gesundheitliche Ueberwachung des Verkehrs mit Milch?“

Dunbar stellte für seinen Vortrag, an welchen sich eine rege Diskussion anschloß, folgende Leitsätze auf:

Die derzeitigen städtischen Milchversorgungsverhältnisse genügen nicht den hygienischerseits zu stellenden Anforderungen.

Aus der Tatsache allein schon, daß im deutschen Reiche jährlich etwa 150.000 künstlich ernährte Säuglinge an dem Genuß verdorbener Milch sterben, geht hervor, daß die Sanierung der Milchversorgungsverhältnisse eine Aufgabe darstellt, die an Bedeutung keiner anderen Aufgabe der Städtehygiene nachsteht.

Bei dem hohen Entwicklungsstande der milchwirtschaftlichen Technik liegt die Möglichkeit vor zur Versorgung der Städte mit einer allen gesundheitlichen Anforderungen genügenden, insbesondere auch für die Kinderernährung geeigneten Milch zu demselben Preise, der zur Zeit für die Marktmilch bezahlt wird.

Daß diese Möglichkeit unbenutzt bleibt, liegt begründet in der auf Unkenntnis beruhenden Gleichgültigkeit der städtischen Konsumenten und in der Tatsache, daß die städtischen Behörden noch keinen genügenden Einfluß auf die Milchproduktions- und Transportverhältnisse besitzen.

Die übliche Ueberwachung des Milchverkehrs ist ungenügend. Die Untersuchung von Milchproben, welche aus dem Verkehre entnommen werden, hat zwar den Nutzen, daß durch sie einer erheblichen Herabsetzung des Nährwertes der Milch und namentlich auch einer Anwendung von Konservierungsmitteln erfolgreich entgegengetreten werden kann. Für die Beurteilung der Milch hat solche Untersuchung im übrigen aber nur den Wert, den die Untersuchung einer eingelieferten Brunnenwasserprobe haben könnte. Diese aber würde kein Hygieniker als ausreichende Grundlage anerkennen für die Beurteilung etwaiger Gesundheitsschädlichkeit des Brunnens, aus welchem die Probe stammte. Ebenso wenig gibt uns die chemische bzw. bakteriologische Untersuchung der aus dem Verkehre entnommenen Milchprobe einen genügenden Aufschluß über etwaige, am Produktionsorte der Milch vorliegende Infektionsgefahr.

Die Schwierigkeiten, welche einer einheitlichen Ueberwachung der ganzen Produktions-, Transport- und Versicherungsverhältnisse der für den städtischen Konsum bestimmten Milch entgegenstehen, sind auf reichsgesetzlichem Wege zu beseitigen.

Diese Ueberwachung würde sich regeln lassen durch Einsetzen von Kommissionen, in welche Mitglieder der Regierung, der Landwirtschaftskammern sowie auch Vertreter der Städte zu entsenden wären. Den Kommissionen müßte ein Landwirt, ein Arzt und ein Tierarzt angehören. Sie hätten den zuständigen Aufsichtsbehörden als beratende Instanz zur Seite zu stehen.

Bis zur Erledigung dieser Aufgaben sollten die städtischen Behörden es sich zur Pflicht machen, dafür zu sorgen, daß wenigstens für sämtliche künstlich zu ernährenden Säuglinge eine gesundheitlich einwandfreie Milch zum heutigen Preise der Marktmilch zur Verfügung steht.

Keller (Bonn).

Besprechungen.

H. Oppenheim. *Die ersten Zeichen der Nervosität im Kindesalter.* (Berlin, 1904. S. Karger, Mk. — 80.)

In Form eines im Verein für Kinderforschung gehaltenen Vortrages bespricht der Verfasser sein Thema. Obwohl mehr für Laien berechnet, enthält das Büchlein in klarer, knapper Fassung doch so viel wichtige Einzelheiten und Hinweise, daß es auch Aerzten als fruchtbringende Lektüre empfohlen werden kann. Wenn diese auch selber kaum etwas völlig Neues aus ihm lernen, werden sie ihn doch gern und mit gutem Gewissen Eltern zur Orientierung empfehlen können, ein Vorzug, den man nicht vielen populär-medizinischen Schriften nachrühmen kann. Thiernich (Breslau).

L. Deutsch (Detre) und C. Feistmantel. *Die Impfstoffe und Sera. Grundriß der ätiologischen Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten.* (Leipzig 1903, Georg Thieme, 285 Seiten.)

In einem allgemeinen Teil werden zunächst die wichtigsten Sätze der modernen Immunitätslehre besprochen, im speziellen Teil die bewährten Schutzimpfungsverfahren in ausführlicher Darstellung mit allen Details, welche für den Praktiker (Arzt und Tierarzt) von Wichtigkeit sind. Vielen Lesern werden die Angaben über die verschiedene Herstellung und Prüfung der Sera in den verschiedenen Instituten willkommen sein.

Keller (Bonn).

J. Orschansky. *Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechtes beim Menschen.* (Stuttgart. 1903. Ferdinand Enke. 347 Seiten.)

Verf. sucht in dem vorliegenden Werke das Resümee seiner eigenen Studien über die Naturgeschichte der Familienerblichkeit mit den Ergebnissen der modernen Untersuchungen auf dem Gebiete der Vererbung in Einklang zu bringen, ohne eine erschöpfende Theorie der Vererbung entwickeln zu wollen. Als Hauptresultat seiner Untersuchungen gibt er folgende Sätze an: Die Vererbungstendenzen haben beim Vater und bei der Mutter einen spezifischen Charakter, entsprechend der speziellen biologischen Natur beider Keimzellen — der männlichen und der weiblichen. Der erbliche Einfluß der Eltern auf die Entstehung des Geschlechtes, der Ausbildung des Skeletts und auf das Uebertragen von Krankheiten bei den Kindern entwickelt sich in denselben oder wenigstens in analoger Richtung, und sind diese drei Grundformen der Vererbung denselben Gesetzen unterworfen. Die Macht und die Art der Wirkung bei der Vererbung bleibt für jedes Individuum während des ganzen Lebens keine konstante Größe, sondern sie macht eine Evolution durch und die Phasen dieser Evolution entsprechen im großen ganzen dem Gange der gesamten individuellen biologischen Evolution des Organismus.

Damit ist eine Grundlage geschaffen für die Annahme, daß die im Organismus der Eltern eingeschalteten Keimzellen nicht als konstante und biologisch unveränderliche Elemente betrachtet werden können, sondern daß dieselben während des Lebens ihrerseits auch eine, wenn auch nur latente Evolution durchmachen.

Keller (Bonn).

INHALT. Originalmitteilungen. *Tonarelli.* Hemimelia thoracica 675. — *Raudnitz.* Sammelreferat über Milchchemie 684. — *Gallus.* Sammelreferat über die ophthalmologische Literatur 705. — *Goeppert.* Sammelreferat über die oto-, rhino-, laryngologische Literatur 711. — **Anatomie u. Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.** *Pfister.* Anthropologie des Rückenmarkes 724. — *Beretta.* Blutdruck 725. — *Dunn.* Jodreaktion 725. — *Crisafi, Nobécourt und Voisin, Langstein.* Cerebrospinalflüssigkeit 725, 726. — *Frölich.* Harnsäure 726. — *Wischmann.* Menstruatio praecox 727. — *Schreiner.* Genese der Doppelmißbildungen 727. — *Friedmann.* Thymushypertrophie 728. — *v. Stejskal.* Herztod infolge Diphtherietoxin 728. — **Physische und psychische Erziehung und Entwicklung, Schule.** *Johannessen.* Lehrer und Aerzte 729. — *Daar.* Hörvermögen bei Schulkindern 729. — *Leegaard, Geirsvold.* Diphtheriebazillen bei Schulkindern 730, 731. — **Ernährung und Stoffwechsel.** *Graanboom.* Frauenmilchanalyse 731. — *Schlagmann.* Milchsekretion und Indikationen zum Stillen 731. — *Uhlmann.* Bakterien im Ductus papillaris 732. — *Schloßmann und Moro.* Kuhmilch

und Frauenmilch 732. — *Salge*. Frauenmilch bei Dünndarmkatarrh 733. — *Rommel, Kobrak*. Buttermilch 733, 734. — *Merhaut*. Kindermehle 734. — *Lissauer*. Oberflächenmessungen 735. — *Leschziner*. Bakterienmengen in den Fäces 735. — *Jäger*. Darmbakterien 736. — *Nobécourt*. Streptokokken - Enteritis 736. — *Ausset* und *Brassart*. Meningitische Erscheinungen bei Magendarmerkrankungen 736. — **Klinik der Kinderkrankheiten**. Zahrt. Erbliche Flughautbildung 737. — *Voerner*. Aplasie der Kutis und Subkutis 737. — *Cohn*. Säuglingsektzeme 737. — *Strasser, Sachs*. Naevi 738. — *Winkler*. Benigne Hauttumoren 739. — *Kraus*. Alopecia congenita familiaris 739. — *Waelisch*. Koilonychia u. Platyonychia 740. — *Werther*. Trichophytie 740. — *Bettmann, Bukovsky*. Epidermolysis bullosa hereditaria 740, 741. — *Ostermayer*. Pemphigus neonatorum 742. — *Heller*. Lichen ruber acuminatus 742. — *Porges*. Lichen scrophulosorum 743. — *du Pasquier* und *Voison*. Aphthen 743. — *Hammer*. Pathologie der Neugeborenen 744. — *Machado*. Angeborener Kropf 744. — *John*. Multiple Spontanfrakturen 744. — *Mathieu, Tienes*. Rachitis 745. — *Beadles*. Infantiler Skorbut 745. — *R. de Oliveira, Merlo*. Adenoide Vegetationen 745. — *Mitchell*. Kapillarbronchitis 746. — *Lapin*. Bronchiektasie 746. — *Stolkind*. Bronchialasthma 746. — *Pearson*. Latentes Empyem 746. — *Salmon*. Pylorusstenose 746. — *Pestana*. Helminthiasis 747. — *Pexa*. Leberzirrhose 747. — *Forster*. Alkoholvergiftung 747. — *Frölich*. Intermittierende Albuminurie 748. — *Allaria*. Purpura 749. — *Bertarelli* und *Volpino*. Wutkrankheit 749. — *Zelesiński*. Tetanus 750. — *O. de Oliveira*. Influenza 750. — *A. Josias, Josias* und *Tollemier, Mattosso*. Typhus 750. — *Allaria*. Paratyphus 751. — *Sukehito-Ito*. Ekiri 751. — *Wandler, Hirsch*. Blennorrhoea neonatorum 751. — *Reyher, Manicattide*. Keuchhusten 752. — *v. Brunn*. Pneumokokken-peritonitis 752. — *Coutts*. Purulente Perikarditis 753. — *Holth*. Ulcus tuberculosum 753. — *Neter*. Genitaltuberkulose 753. — *Voerner*. Fötale Syphilis 753. — *Korybut-Daszkievicz, Moncorvo*. Lues hereditaria 754. — *Matzenauer, Tschlenow*. Vererbung der Syphilis 754, 759. — *Tugendreich*. Meningoencephalitis heredosyphilitica 759. — *Wiesner, Carlsen* und *Heiberg, Deguy, Salmon*. Diphtherie 760, 761. — *Valagussa*. Heilserum 761. — *Skála*. Serumexantheme 761. — *Sufrin*. Hemiplegie nach Scharlach und nach Diphtherie 761. — *Malinowski* (2 Ref.), *Kosiński, Palmirski* und *Zebrowski, Kammiński*. Scharlach 762, 763, 764. — *Marsden, Smith, Pexa, Lidmanowski, Manicattide* und *Galesescu*. Masern 764, 765, 766. — *Kloninger*. Nystagmus 766. — *Lévi* und *Rothschild*. Angeborene Facialislähmung 766. — *Luttwig*. Chronische Tetanie 767. — *Oppenheim* (2 Ref.). Diplegia spastica infantilis 767, 768. — *Guinon* und *Rist*. Poliomyelitis anterior acuta 768. — *Fonte, Thomsensche* Krankheit 768. — *Blumenthal*. Seröse Meningitis 768. — *Bayon*. Kretinismus 768. — *Ley*. Schlechte Gewohnheiten 769. — *Szybowski*. Exenzephalus 769. — *Philips*. Zerebrale Hämorrhagie 769. — *Concetti*. Oberkiefergeschwulst 769. — *Frankenberger*. Atresie der Nasenhöhlen 769. — *Neces da Rocha*. Ozaena 770. — *Trendel*. Wangenlymphdrüsen 770. — *Rolleston* und *Trecoor*. Primärsarkom der Lunge 771. — *Gyo*. Appendizitis 771. — *Power, Kredel*. Darminvagination 771. — *Bossowski*. Darmatresie 772. — *Wieting* und *Cassape*. Hoher Steinschnitt 772. — *Martina*. Hypospadie 772. — *Blauel*. Bauchblasengenitalspalte 772. — *Knoop*. Nabel-

schnurbruch 773. — *Nicholson*. Leistenbruch 773. — *Génévrier*. Tuberkulöse Arthritis 773. — *Sinding-Larsen*. Jodoform bei Tuberkulose 773. — *Honsell*. Osteomyelitis 774. — *Schlatter*. Verletzungen des Tibia-Epiphysenfortsatzes 775. — *Lilienfeld*. Kavernöses Angiom der Finger 775. — *Roos*. Knochenerkrankung 776. — *Beck*. Knochenzysten 776. — *Hilgenreiner*. Oberarmfraktur 776. — *Lieblein*. Artikulierender Gipsverband 777. — *Bülow-Hansen*. Angeborene Hüftluxation 777. — *Kaloyèropulos*. Oesophagoskopie 777. — *Sattler*. Verbrennungen 778. — *Guimarães, Vicira*. Aethylchlorid 778. — **Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge**. *Sinding-Larsen*. Isolierung von Bazillenträgern 779. — *Moussous*. Quarantäne-Station 779. — *Sorre*. Das Rousselsche Gesetz 779. — **Uebersicht der ungarischen pädiatrischen Literatur** 780. — **Berichte**. Italienische Gesellschaft für Kinderheilkunde: Sektion Neapel 783, Turin 783, Florenz 784. — Italienische Gesellschaft für Laryngo-, Oto-, Rhinologie 785. — Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege 785. — 28. Versammlung des deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden vom 16. bis 18. September 1903. 786. — **Besprechungen**. *Oppenheim*. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters 787. — *Deutsch und Feistmantel*. Die Impfstoffe und Sera 787. — *Orschansky*. Die Vererbung 788.

Die Verfasser von Originalmitteilungen erhalten 50 Separat-
abdrücke gratis.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung zugehen zu lassen.

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Ashby
Manchester

Czerny
Breslau

Johannessen
Kristiania

Marfan
Paris

Mya
Florenz

Redigiert von Dr. Arthur Keller-Bonn.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis des Bandes (ca. 40 Bogen) Mk. 16.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten

Literatur 1903.

März 1904.

Band II. Nr. 12a

II. Ergänzende Literatur-Uebersicht.

I. Lehrbücher, Monographien und kleinere Schriften.

- G. v. Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Dritte, durch neues statistisches Material vermehrte Auflage. München 1903. Ernst Reinhardt.
- J. Mc Caw. Aids to the feeding and hygiene of infants and children. London Baillière, Tindall & Cox. 129 S.
- L. Concetti. L'insegnamento della pediatria in Roma. Rom 1903. Tip. Fratelli Centenari.
Statistisch-klinischer Bericht der Jahre 1900/01 und 1901/02 mit 192 Krankengeschichten. Dotti (Florenz).
- Fr. Frenzel. Die Hilfsschulen für schwachbegabte Kinder in ihrer Entwicklung, Bedeutung und Organisation. Hamburg 1903. Leop. Voss. 88 S.
- Paul Godin. Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps. Détermination de l'adolescent type au différents âges pubertaires d'après 36.000 mensurations sur 100 sujets suivis individuellement de 13 à 18 ans. Paris 1903. A. Maloine.
Aeußerst sorgfältige Untersuchungen über die Veränderungen der körperlichen Verhältnisse im Laufe des Wachstums.
- G. Grandenigo. Patologia e terapia dell' orecchio e delle prime vie aeree (otologia, rinologia, laringologia). Vorlesungen für Aerzte und Studierende, gesammelt von Dr. Cassanella. Torino 1903. Lattes & Co. 968 Seiten mit 278 Abbildungen.
Auch für den Kinderarzt interessante Abhandlungen. Dotti (Florenz).
- Georg Sticker. Gesundheit und Erziehung. Eine Vorschule der Ehe. Zweite vermehrte Auflage. Giessen 1903. J. Ricker.
- R. Wehmer. Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. I. Abteilung. Leipzig und Wien 1903. Pichlers Wwe. & Sohn.

II. Aus Zeitschriften und Dissertationen.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

- E. Alfieri.** Ricerche del contenuto in ferro del sangue delle gravide, delle puerpere e dei neonati in condizioni normali e patologiche. Congresso della soc. it. di ostet. e ginecol. Firenze, Oktober 1903.
- G. B. Allaria.** Mancata reazione di Widal in un neonato di madre tifosa. Il policlinico, sez. prat. 1903, Nr. 52.
- C. Amistani.** Contributo allo studio dell' organoterapia midollare in riguardo alla rachitide. La pediatria, 1903, Nr. 8.
- Anderodias und G. Buard.** Séroréaction tuberculeuse chez les foetus nés de mères tuberculeuses. (Soc. d'obstét. de Paris, 18. Juni 1903.) L'obstétrique. IX, 1904, S. 66.
- Baculo und Coop.** Pneumatogrammi in neonati e poppanti. Napoli 1903. Tocco und Salvietti.
- Bagalà und Petrone.** Le modificazioni della milza e del timo in alcune anemie sperimentali. La pediatria, 1903, Nr. 8.
- Veränderungen der Milz bei jungen und erwachsenen Hunden infolge von Vergiftung mit Pyrocin und von Aderlässen. Verf. glauben, daß die Thymus keine haematopoietische Funktion besitze. **Dotti** (Florenz).
- Barlerin.** Nouvelles méthodes de préparation du vaccin animal, les inconvénients de la vaccination de génisse à bras. Clinique inf. I, 1903, S. 17.
- D. Benedetti.** La funzione glicogenetica del fegato nei bambini malati di pertosse. (Siehe das Referat über Crisafi dieser Monatsschrift, S. 636.) Rivista di clin. pediat., 1903, Nr. 9.
- Bernson.** Contribution à l'étude de l'influence du métier et du repos de la femme enceinte sur le poids de l'enfant. Rev. prat. d'obst. et pédiat., XVI, 1903, S. 370.
- H. H. Borland.** Coagulation of infantile blood. Glasgow med. journ., 1903, 60. Bd. S. 165.
- G. Bourcart.** Recherches sur la persistance du bacille de la diphtérie chez les sujets convalescents de cette maladie et sur sa présence chez les sujets sains en contact avec les diphtériques. Rev. mens. des mal. de l'enf. XXI, 1903, S. 393.
- A. Breton.** De l'emploi de solution de biiodure de mercure à haute dose, dans la thérapeutique infantile. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1903, S. 544.
- Verf. empfiehlt subkutane und intramuskuläre Injektionen eines Jodquecksilberpräparates bei hereditär luetischen und prophylaktisch bei graviden luetischen Frauen. **Weigert** (Breslau).
- R. Caporali.** Trasmissibilità del pneumococco dalla madre al feto. (Uebertragbarkeit des Pneumokokkus von der Mutter auf den Fötus.) Riv. internaz. delle scienze med., 1903, Nr. 5.
- Die normale Plazenta stellt nach Verf. ein undurchdringliches Filter dar; der Tod des Fötus bei Pneumokokken-Infektionen erfolge durch den Uebergang von Toxinen. **Dotti** (Florenz).
- C. Cattaneo.** Di un nuovo preparato organoterapico e del suo impiego in pediatria. (Ueber ein neues organotherapeutisches Mittel und seine Anwendung im Kindesalter.) La pediatria, 1903, Nr. 11.
- Bei 3 Knaben mit Obstipation infolge Darmatonie hat Verf. 40 Tropfen täglich Paraganglina Vassale gegeben mit angeblich raschem, bleibendem Erfolge. Angeblich außerdem in 2 Fällen bei Rachitis bedeutende Besserung. **Dotti** (Florenz).
- Cattaneo und Ferrari.** Nota sul rapporto fra resistenza delle emazie ed emolisi. (Beziehung zwischen Resistenz der Blutkörperchen und der Hämolyse.) La pediatria, 1903, Nr. 8.
- Nach Verf. bestehen keine konstanten Beziehungen.
- Chambrelent.** Que deviennent les enfants des femmes atteintes de fièvre typhoïde pendant la durée de leur grossesse? (Soc. d'obstét. de Paris, 18. Juni 1903.) L'obstétrique, IX, 1904, S. 65.

L. Confalonieri. Ricerche sull' alcalescenza del sangue materno e del sangue fetale. Bollett. della soc. med. chir. di Pavia 1903. Nr. 3.

O. Cozzolino. Risultati della stimizzazione del timo nei giovani conigli. (Risultate der Thymusexstirpation bei jungen Kaninchen.) Atti del congr. di med. int. Padova, 1903.

Fortsetzung früherer Versuche. (Siehe diese Monatsschr., II. Bd. S. 218.)

Verf. schließt, daß wahrscheinlich nicht in der Anwesenheit der Thymusdrüse die Immunität des Kindes gegen gewisse Infektionen in den ersten Lebensjahren begründet sei. Dotti (Florenz).

O. Cozzolino. Deformazioni dello scheletro degli arti nei giovani conigli in seguito alla ablazione del timo. (Vorläufige Mitteilung.) La pediatria, 1903. Nr. 9.

Delobel. Iconographie topographique de l'oreille chez le nouveau-né. Thèse de Paris. 1903.

M. Ferrari. Sul potere emolitico del siero di sangue in alcune malattie infantili e specie nelle anemie. (Ueber die hämolytische Wirksamkeit des Blutserums bei einigen Kinderkrankheiten und besonders bei Anämien.) La pediatria. 1903. Nr. 10.

Beinahe in allen Fällen von Anämie gastrointestinalen Ursprungs hat Verf. eine Zunahme der hämolytischen Wirkung des Blutserums konstatiert. Dotti (Florenz).

M. Flamini. Studio sull' azione immunizzante dell' istone contra la difterite. (Ueber die immunisierende Tätigkeit des Histons gegen Diphtherie.) Riv. di clin. pediat., 1903. Nr. 10.

Verf. dehnt die von Carbone über den Fränkelschen Diplokokkus angestellten Untersuchungen auf den Loefflerschen Bazillus aus und schließt, daß das aus der Thymus gewonnene Histon keine immunisierende Wirkung auf Diphtherie ausübt, während das aus anderen Organen gewonnene auf Diphtheriekulturen stärker einwirkt. Das würde der schützenden Tätigkeit der Thymus etwas von ihrer Bedeutung nehmen. Dotti (Florenz).

Grumbach. De la tension de la fontanelle bregmatique chez les nourrissons. Thèse de Lyon. 1903.

Hastings. Fresh air in the treatment of children's diseases. (Reine Luft bei der Therapie der Kinderkrankheiten.) Pediatrics, Juli 1903.

Der Wert der schwimmenden Hospitäler wird besonders berücksichtigt. (Siehe diese Monatsschr. II. Bd., S. 51.)

Wachenheim (New-York).

A. Jovane. Il glicogeno epatico nelle infezioni e nelle intossicazioni colibacillari. (Das Leberglykogen bei kolibazillären Infektionen und Intoxikationen.) La pediatria. 1903. Nr. 12.

Versuche an Kaninchen, durch welche Verf. die glykolytische Fähigkeit des Lebergewebes bei Intoxikationen durch Kolibazillen feststellt.

Dotti (Florenz).

Land. Studies regarding the morphology of the diphtheria bacillus. (Die Morphologie des Diphtheriebazillus.) Pediatrics, September 1903.

Leavitt. Of what value are drugs in the treatment of children? (Der Wert der Medikamente in der Kinderheilkunde.) Pediatrics, August 1903.

A. Maggione. Contributo allo studio dell' organoterapia splenica. La pediatria. 1903. Nr. 9 und 10.

Verf. behauptet, besonders bei der auf Malariainfektion folgenden sekundären Anämie Zunahme des Hämoglobingehaltes erzielt zu haben, welche er auf eine Anregung der hämatopoetischen Funktion zurückführt. Dotti (Florenz).

G. Marcolongo. Studio clinico-sperimentale di opoterapia colla glandola timo nella clorosi e in forme analoghe della fanciullezza. (Klinisch-experimentelle Untersuchungen über Opothérapie mit Thymus im Kindesalter.) La pediatria. 1903. Nr. 11.

In 4 Fällen von Chlorose hat Verf. angeblich Zunahme des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen sowie Besserung des Allgemeinbefindens erzielt. Dotti (Florenz).

- P. Mazzeo.** Sulla differente attività del b. coli, in rapporto alle diverse età dell' uomo. Ann. d'igiene sperimentale. 1903, 3. Heft.
- E. Mensi.** Il timo nelle infezioni. Il policlinico. Sez. prat. 1903, Nr. 29.
- E. Mensi.** L'infezione nel prematuro. (Die Infektion beim Frühgeborenen.) Rivista d'igiene e sanità pubblica. Turin 1903.
Zahlreiche Beobachtungen an gesunden und kranken frühgeborenen Kindern. (Bronchopneumonie, Septikämie, Meläna, Ikterus, Sklerem, Sklerödem, Nephritis.) Dotti (Florenz).
- E. Perroncito.** Sullo sviluppo degli oxyuridi, loro ubicazione e conteguenze. R. acc. med. Torino. 1903, Nr. 1.
- Petrone und Ammendola.** L'azione antitossica del fegato studiata in vitro in animali giovani ed adulti, e sue relazioni colla quantità di glicogeno epatico. La pediatria. 1903, Nr. 9. Die antitoxische Wirksamkeit des Lebergewebes nimmt mit dem Alter zu.
Die junge Leber enthält weniger Glykogen, ohne daß jedoch ein Parallelismus zwischen der antitoxischen Wirksamkeit und der Menge des Glykogens nachweisbar sei. Dotti (Florenz).
- Rachlmann.** Ueber den Farbensinn des Kindes. Ophthalmol. Klinik. VII, 1903, S. 321.
- Romme.** Le streptocoque de la scarlatine et son agglutination par le sérum de scarlatineux. Presse méd. 1903, II, S. 714.
- Schiffers.** Larynx d'enfant. Ann. soc. méd.-chir. de Liège. 42. Bd. S. 548.
- P. Sommerfeld und H. Roeder.** Zur Kenntniss des physikalisch-chemischen Verhaltens der kindlichen Gewebssäfte. Arch. f. Kinderheilk. 36. Bd., S. 272.
- S. Weiss.** Die Jodreaktion im Blute bei Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk. 58. Bd. S. 55.
- Zacchiri.** Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique. Thèse de Paris. 1903. G. Steinhilf.

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung, Schule.

- Angels.** Staubbundene Fußbodenöle und ihre Verwendung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 6.
- Bayr.** Weitere Materialien zur Statistik der Schulversäumnisse und ihrer Ursachen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 3.
- Berger.** Auge und Kunst in der Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 7.
- Bourneville.** Assistance, traitement et éducation des enfants idiots, nerveux et arriérés. Progrès méd. XVIII, 1903, S. 493.
- Mc Cassy.** School life in relation to health. (Das Verhältnis des Schullebens zur Gesundheit.) Pediatrics. August 1903.
Der Einfluß der Refraktionsfehler und Ohrerkrankungen wird speziell hervorgehoben. Wachenheim (New-York).
- Feilchenfeld.** Epidemische Augenentzündungen in Schulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 11.
- Fürst (Hamburg).** Ueber die Reinigung der Volksschulklassen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 7.
- H. Graf.** Fürsorge für Schwachsinnige. Blätter f. Schulgesundheitspflege und Kinderschutz. 1903, Nr. 4.
- Galceran Granes.** Principios fisiologicos de la educacion intelectual de los niños. Gac. med. catal. XXVI, 1903, S. 621, 661.
- J. Grob.** Ueber Schiefwuchs und Kurzsichtigkeit. Blätter f. Schulgesundheitspflege und Kinderschutz. 1. Bd., 1903, Nr. 5.
- Hakonson-Hansen.** Regierungsbeschlüsse betreffs Reinhaltung der Schulen in Norwegen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 1.
- Hoche.** Akuter ansteckender Bindehautkatarrh in einer Schule. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 35.

In einer Mädchenklasse der Schule in Geestemünde erkrankten fast sämtliche Kinder an einem Bindehautkatarrh, welcher charakterisiert

war durch ganz akutes Auftreten, durch den schnellen Verlauf der Fälle und spontane Heilung binnen wenigen Tagen. Nach der bakteriologischen Untersuchung handelte es sich wahrscheinlich um Infektion mit pyogenen Staphylokokken.

Kabrhel, Nelich und Hrabá. Die Lüftung und Heizung der Schulen. Wien, 1904. J. Šafář.

Kölle. Der Unterricht Schwachbegabter in Spezialklassen. Blätter f. Schulgesundheitspflege und Kinderschutz. 1903, 1. Bd., Nr. 4.

Kuhn. Das Schulgebäude und seine Einrichtungen in Frankreich und in Elsaß-Lothringen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 4 bis 8.

Maul. Ueber Schulturnen und freie Leibesübungen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 3.

Maurer. Beobachtungen über das Anschauungsvermögen der Kinder. Zeitschrift f. päd. Psychol., Pathol. und Hyg. V, 1903, S. 62.

Mouton. Die Aprozehia nasalis bei Schulkindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 1.

Newton. Some practical suggestions on physical education in the public schools. (Praktische Winke in bezug auf physische Erziehung in den Kommunalschulen.) Med. News, 12. Dezember 1903.

Oppenheimer (Berlin). Verletzungen des Auges und Schultinte. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 8.

Kasuistischer Beitrag, zugleich eine Bestätigung der Untersuchungen Heymanns über die Ungefährlichkeit der Schultinte, insbesondere als Trägerin pathogener Keime.

Oppenheimer. Der Handarbeitsunterricht vom augenärztlichen Standpunkte. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 4.

Verf. schlägt vor, Kurzsichtige von 5° an, Astigmatische von 3° an, Kinder mit weniger als halbe Sehschärfe und mit Nystagmus von dem Handarbeitsunterricht auszuschließen und macht Vorschläge über die Tageszeit und die Dauer des Unterrichtes sowie über die Wahl, bzw. die Ausschließung von Handarbeiten.

Weigert (Breslau).

Périer. Hygiène intellectuelle infantile. Ann. de méd. et chir. inf. 1904, Nr. 1.

Ritter. Die Gesundheitslehre in der preußischen Volksschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 3.

F. A. Schmidt und Lessenich. Ueber die Beziehungen zwischen körperlicher Entwicklung und Schulerfolg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 1.

In Uebereinstimmung mit den Untersuchungen anderer Autoren — besonders der von Forster-St. Louis — stellen die Verf. durch Messungen und Wägungen gleichaltriger jedoch verschiedenen Schulklassen angehörender Kinder fest, daß für gewöhnlich ein gesundes, körperlich wohl sich entwickelndes Kind die meiste Gewähr auch für eine gute geistige Leistungsfähigkeit, wie sie sich im Schulerfolg ausspricht, bietet.

Weigert (Breslau).

Alice M. Smith. A study of school hygiene. Amer. medicine., 7. November 1903.

Swain. The brain of children and some suggestions from the standpoint of the physician as to how it should be regarded by the teacher. (Das kindliche Gehirn, seine Berücksichtigung seitens des Lehrers vom ärztlichen Standpunkte aus betrachtet.) Amer. medicine. 12. Dezember 1903.

Wex. Ueber die zweckmäßige Einrichtung von Schularztstellen in Städten mittlerer Größe. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 11 und 12.

Wichmann. Statistik der Nervosität bei Lehrern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 9, 10 und 11.

Ernährung und Stoffwechsel.

Aballi. Contribución al estudio de la atrofia infantil. Aparato digestivo y sus anexos en el atrofico. Rev. de med. y cirugía de la Habana. VIII, 1903, S. 424.

Mc Allister. Infantile Colic. (Darmkolik bei Säuglingen.) Pediatrics, Oktober 1903.

Alvarez. Ration alimentaire de l'enfant. Arch. de méd. et chir. spéc., IV., S. 395.

- Auché.** Hépatite parenchymateuse diffuse dans la dysenterie sporadique aiguë de l'enfance. Journ. de méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 773.
- Auché.** Note sur les lésions histologiques des ganglions mésentériques et de la rate dans la dysenterie sporadique aiguë infantile. Journ. de méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 637.
- D'Auria.** La reazione del Nersess-Umikoff nel latte di donna. Il Morgagni. 1903, Nr. 9.
- Babonneix.** Traitement des gastro-entérites aiguës des nourrissons. Gaz. d. hôp. 76. Bd., S. 1372.
- Béquinot.** Des vices de l'alimentation dans la genèse des dermatoses prurigineuses infantiles. Du diagnostic de ces affections avec le prurigo de Hebra. Thèse de Paris. 1903.
- Boissard und Devé.** De certaines difficultés dans l'alimentation des prématurés. (Soc. d'obstét. de Paris. 19. November 1903.) L'obstétrique. IX, 1904, S. 78. Ein kasuistischer Fall; Kind von 2780 g Geburtsgewicht.
- H. Brüning.** Ueber die Verwertbarkeit des Soxhlet'schen Nährzuckers in der Säuglingstherapie. Berlin. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 39.
Ernährungsversuche in der Säuglingsabteilung des Leipziger Kinderkrankenhauses. Nur in zwei Fällen wurde der Nährzucker länger als 30 Tage, in 17 Fällen 1 bis 10, in 15 Fällen 11 bis 20 Tage angewendet, also ein für ernsthafte Ernährungsversuche unzureichendes Material.
- Chapin.** The function of maternal milk in developing the stomach etc. (Die Beförderung der Magenentwicklung durch die Muttermilch etc.) (Siehe Referat Seite 312.) Med. Record. 12. Dezember 1903.
- Charles.** Des moyens d'augmenter le lait chez les accouchées. Journ. d'accouch. de Liège. 23. August 1903.
- Mc Cleary.** Infant feeding. Lancet, 165. Bd., 1903, S. 945.
- L. Concetti.** Sulla cura delle tossi-infezioni gastrointestinali acute nei bambini. Rivista di clin. pediat. 1903, Nr. 10.
- Coulon.** De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourrisson. (Siehe Referat in dieser Monatsschrift, II. Bd., S. 542.) Pédiat. prat., I, 1903, S. 73.
- O. Cozzolino.** Se ed in quali condizioni debba interdarsi l'allattamento nelle donne albuminuriche. La medicina italiana. XII, 1903, Nr. 34 und 35.
- Decker.** Artificial feeding of infants. (Künstliche Säuglingsernährung.) Pediatrics September 1903.
- Diot.** À propos de la réglementation des nourrices mercenaires. Thèse de Paris 1903.
- Ch. Fatout.** Des troubles produits chez les nourrissons par la suralimentation. Thèse de Paris. 1903.
- Fr. Fede und G. Finizio.** Ricerche della digeribilità delle carni e del valore su di esse dei fermenti proteolitici del commercio. La pediatria. 1903, Nr. 5.
- Fenton.** Constipation in infants and young children. Pediatrics. Oktober 1903.
- Fieux.** Contribution à l'étude du suc placentaire dans ses rapports avec la sécrétion lactée. Rev. prat. d'obst. et de péd. Aug.-Sept. 1903.
- A. Filia.** Sui rapporti fra la dispepsia infantile e la presenza di alcuni fermenti nel latte di donna. (Siehe Referat dieser Monatsschr., I. Bd., S. 570.) Rivista di clin. pediatr. 1903, Nr. 8.
- H. Gillet.** Le bouillon de légumes à la farine de riz dans les gastro-entérites. Journ. des praticiens. XVII, S. 733.
- H. T. Hicks.** On the treatment of the summer diarrhoea and vomiting in infants. Lancet, 165. Bd., S. 455.
- Hommel.** Sur l'analyse et les variations de composition du lait de vache. Loire méd. XXII, 1903, S. 295.
- R. Jemma.** Sui fermenti solubili del latte e sulla loro importanza nell'allattamento artificiale. La pediatria. 1903, Nr. 3.
- A. Jovane.** Disturbo della suzione in un neonato. (Saugstörungen bei einem Neugeborenen.) La pediatria. 1903, Nr. 10.
Verf. berichtet über einen Fall und macht auf Saugstörungen infolge von unvollkommener Entwicklung der nervösen Zentren aufmerksam. In einigen Fällen liege die Ursache in Krankheiten während der Schwangerschaft oder in Syphilis der Eltern. Dotti (Florenz).

- M. Landsberger.** Ueber den Bakteriengehalt des Darmkanals und die behauptete Bakterizidie der Darmsäfte. Inaug.-Dissert. Königsberg, 1903.
- Monseha Leibsohn.** Zur Entwicklung der Lehre von der Säuglingsernährung. Inaug.-Dissert. Berlin 1903.
- Lemière, L.** Le lait; ses usages, ses qualités. Les dangers qu'il peut faire courir à la santé publique. Pratique journalière. IX, 1903, S. 177.
- G. Lévi.** Cytoprognostic de la lactation. Thèse de Lyon, 1903. A. Storek & Cie.
- Loisel.** L'alimentation normale et les dangers de la suralimentation chez les nourrissons. Normandie méd. XIX, 1903, S. 385.
- A. Lux.** Ueber den Gehalt der frisch gemolkenen Milch an Bakterien. Zentralbl. f. Bakteriologie. 2. Abt., XI, S. 195.
- Leo Natanson.** Ueber den Milchpasteurisierapparat von Dr. E. Kobrak. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 2.
- Naudin.** Alimentation de la première enfance. Ann. d'hydrothér. I. 1903, S. 3.
- M. Nicloux.** Sur l'appréciation de la valeur nutritive du lait, en particulier du lait de vache. (Soc. d'obstét. de Paris. 2. Juli 1903.) L'obstétrique. IX, 1904, S. 70.
- Zur Prüfung der Milch reicht Kryoskopie und Bestimmung des Fettgehaltes aus.
- Nicolas.** A propos de quelques cas d'acétonurie chez les enfants. Thèse de Paris. 1903.
- P. Nobécourt u. G. Vitry.** Influence de l'ingestion de chlorure de sodium sur le poids des nourrissons. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903, S. 325.
- Ogier u. Bordas.** Les laits écrémés. Journ. de pharm. et chim. XVIII, S. 574.
- v. Ohlen.** Was hat uns die Hamburger Ausstellung für hygienische Milchversorgung bezüglich der Kindermilch gelehrt? Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. 35. Bd., 4. Heft.
- Die Hamburger Ausstellung hat uns gezeigt, „daß es nach dem heutigen Stande der Milchtechnik keineswegs zu den unüberwindlichen Schwierigkeiten gehört, für eine große Stadt eine einwandfreie Kindermilch zu beschaffen.“ Das Verfahren würde sich dabei unter Nutzbarmachung der dort demonstrierten technischen Fortschritte in der Weise gestalten, daß eine möglichst aseptisch gewonnene Milch durch das Helmsche Tiefkühlverfahren sofort auf eine solche Temperatur gebracht wird, daß sie in den Helmschen Kannen mit einer Temperatur von 6 bis 8° C in der als Zentrale gedachten städtischen Molkerei ankommt. Hier wird sie auf 1° gekühlt und in Flaschen gefüllt.
- Hohlfeld (Leipzig).
- Orefice.** Intorno alla *eziologia del colera infantile. (Vorläufige Mitteilung.) La pediatria 1903. Nr. 9.
- Verf. bringt Untersuchungen über den Bazillus des alten Hens und den des frisch gemälten Heus mit den Epidemien von Cholera infantum in Beziehung, indem er von der Hypothese Tedeschi's über die in der Milch durch den Gebrauch unvollständig fermentierten Futters erzeugten Veränderungen ausgeht.
- Dotti (Florenz).
- D. Pacchioni.** Reazioni morbose dell'asse cerebrospinale sui lattanti nutriti con latte di donne nefritiche.
- Mitteilung auf dem XIII. Kongreß für innere Medizin in Padua, 1903.
- Patricot.** La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles. Thèse de Lyon. 1903. A. Storek & Cie.
- Perret.** De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice. Le progrès méd. 23. Mai 1903.
- Fieberhafte Erkrankungen der Stillenden sind keine Indikation, das Kind abzusetzen.
- A. Prandi.** Le gastroenteriti acute nei bambini e la cura idrica. Gazz. degli osped. e delle clin. 1903, Nr. 104.
- Prip.** L'opothérapie mammaire comme moyen galactogogue. La sem. méd. 23. Sept. 1903. (Siehe Referat in dieser Monatsschrift, II. Bd., S. 541.)

- Richard.** Statistique du service des diarrhées d'été à la clinique infantile de la faculté de Toulouse pendant les années 1902 et 1903. Thèse de Toulouse. 1903.
- Ripart.** De l'abus du lait dans les troubles gastro-intestinaux chroniques de l'enfance après le sevrage. Thèse de Paris. 1903. J. Rousset.
- Ripper.** Eine rasche Methode zur Erkennung der Milch kranker Tiere. Molkerei-Zeitung. XIII, S. 471. (Siehe Sammelreferat in dieser Monatsschrift. II, S. 686.)
- Roeder.** Die Darstellung des Säuglingsstuhles in Moulagenform als Lehrmittel in der Pädiatrie. (Berliner med. Gesellschaft. 21. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 6. Archiv f. Kinderheilk. 36. Bd. 1903, S. 244.
- Romme.** L'intoxication acide et la gastro-entérite chronique des nourrissons. La presse méd. 26. Dezember 1903.
- H. de Rothschild.** La pasteurisation du lait en France. Rev. d'hyg. et de méd. infant. II. 1903. S. 425.
- G. Rotondi.** Alcune considerazioni sul latte muliebre. (Übersicht.) Riv. di clin. pediat. 1903. Nr. 11.
- v. Soxhlet.** Hygienische Milchversorgung. Molkerei-Zeitung. XIII, S. 543.
- P. Steiger.** Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege. Zentralbl. f. Bakter. XXV, S. 326.
- N. Stoppato.** Del latte vaccino cotto, modificato con siero bovino nell'allattamento artificiale. (Ueber gekochte und mit Rindereserum modifizierte Kuhmilch für die künstliche Ernährung.) La pediatria. 1903. Nr. 10.
Kuhmilch wird nach Verf. verdaulicher und der Bakteriengehalt der Fäces ändert sich wesentlich, wenn man 25% glyzeriniertes 5%iges Rindereserum zusetzt.
Dotti (Florenz).
- Sullivan.** Diseases due to faulty nutrition. (Ernährungsfehler.) Pediatrics August 1903.
Den größten Teil des Aufsatzes widmet Verf. der Rachitis, dem Skorbut und dem Marasmus infantilis. Wachenheim (New-York).
- Thiénot.** Technique de l'allaitement artificiel. Presse méd. 1903. II, S. 495.
- Tournay.** Stérilisation et pasteurisation du lait pour l'alimentation des enfants du premier âge. Mouvement hyg. XIX. 1903, S. 501.
- A. Trunz.** Ueber die Schwankungen der Eiweißstoffe der Kuhmilch im Verlauf einer Laktation. Zeitschr. f. phys. Chemie. 39. Bd., S. 390.
- A. Vallana.** Sull' importanza di un reperto microscopico del latte. (Die Bedeutung eines mikroskopischen Befundes an der Milch.) Comunicazione alla soc. piemontese d'igiene. 1903.
Nachprüfung und Widerlegung der Friedmannschen Angaben über die Beurteilung der Frauenmilch nach dem mikroskopischen Bilde.
Dotti (Florenz).
- Variot u. Saint-Albin.** Deux types d'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale. Gaz. des hôp. 76. Bd., S. 1221.
- A. Verdone.** Sui criteri diagnostici dell'età del latte di donna. (Diagnostik des Alters der Frauenmilch.) Atti della soc. piemontese d'igiene. 1903.
Untersuchungen über Umikoffsche Reaktion an 64 Ammen in verschiedenen Stadien der Ernährung; die Umikoffsche Reaktion hat nur zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch Wert.
Dotti (Florenz).
- Weill.** Du traitement de la diarrhée des nourrissons par la gélatine. La clin. infant. 15. Dezember 1903.
- Wolf.** Milchprüfung mittels der Säuretitrierung nach Plaut. Hygienische Rundschau. 1903. Heft 24.
Die Säurebestimmung bietet nach Verf. den bequemsten Maßstab für Zersetzungen in der Milch und deren vorwiegend in Unreinlichkeit bei der Gewinnung und Behandlung zu suchenden Ursache. Sie sollte daher wenigstens bei der Kontrolle der Kindermilch den ihr gebührenden Platz erhalten.
Hohlfeld (Leipzig).

Klinik der Kinderkrankheiten.

- Achard u. Paiseau.** Sur l'oedème provoqué par les injections salines chez les nourrissons athrèpsiques. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris. XX, S. 791.
- Aguilar.** La gripe infantil. Rev. de med. y cirugía prat. XXVII, S. 343.
- Albert-Weil.** Diagnostic et traitements physiques et mécaniques de la paralysie infantile. Journ. de physiothérapie. I. 1903. S. 261.
- Albert-Weil.** L'incontinence d'urine infantile et son traitement électrique. Journ. de physiothérapie. I. 1903. S. 429.
- G. Alessandrini.** Dei trapianti tendinei interossei nei piedi torti da paralisi spinale infantile. La pediatria. 1903. Nr. 6.
- H. Altmann.** Ueber die Erkrankungen des Nervensystems nach Keuchhusten. Inaug.-Dissert. Leipzig. 1903.
- Amat.** Les médications récentes de la coqueluche. Bull. gén. de thérap. 146. Bd., S. 277.
- G. Anton.** Ueber einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrößerung anderer Systeme. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. 1903.
- 6 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen. Der Fall wurde klinisch und anatomisch exakt untersucht. Neurath (Wien).
- Antonin.** De la sérothérapie dans la fièvre scarlatine; étude pathogénétique et de thérapeutique pathogénique. Thèse de Montpellier. 1903.
- Apert.** Deux cas de maladie de Barlow chez des enfants nourris avec un lait modifié. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris. XX. S. 1424.
- F. Aporti.** Contributo allo studio del meningismo. Meningismo di Dupré, pseudomeningite psicogena. La clinica moderna. 1903. Nr. 36.
- Aramian.** Traitement local de la diphtérie, par un nouveau médicament, l'antidiphtérique. Med. inf. III. S. 123. (S. diese Monatsschrift, II. Bd., S. 578.)
- Aranda.** Historia de la coqueluche ó tos ferina. Med. de los niños. IV. 1903. S. 238.
- G. Arnheim.** Zur Pathogenese des Keuchhustens. Berliner med. Gesellschaft, 6. Mai 1903. Berliner klin. Wochenschr. 1903. Nr. 29.
- Pathologisch-anatomische Untersuchungen von acht zur Sektion gekommenen Fällen und Tierversuche mit Czaplewskis Bazillus und mit Keuchhustensputum.
- G. Arnone.** Le cardiopatie eredo-familiari e congenite. Riforma med. Nov. 1902.
- L. d'Astros.** Huit années de sérothérapie antidiphtérique à Marseille. Marseille méd. 40. Bd., S. 417.
- Audry.** Granulosis rubra nasi, fausse acné rosée des enfants. Bull. soc. franç. d. dermat. et syphilis. XIV, S. 314. Ann. de dermatol. et syphilis. IV, S. 844.
- Ausset.** Nouvel exemple très probant de la nécessité de pratiquer les injections préventives de sérum antidiphtérique dans les familles où sévit la maladie. Concours méd. XXV, S. 539.
- Ausset.** Un cas de maladie de Barlow. Écho méd. du Nord. VII, 385. Pédiatrie prat. I, S. 99.
- Ausset.** Rhumatisme et cardiopathie chez l'enfant. Pédiatrie prat. I, S. 121.
- Auvinet.** Des crises abdominales dans la convalescence de la diphtérie. Nantes 1903. Thèse de Bordeaux.
- G. Avanzino.** Guarigione di un caso di meningite tubercolare. (Heilung eines Falles von Meningitis tubercul.) La Riforma med. 1903, Nr. 34.
- 14jähriger Knabe. Bei einem Meerschweinchen traten 50 Tage nach Injektion von 5 cm³ Cerebrospinalflüssigkeit tuberkulöse Erscheinungen auf. Dotti (Florenz).
- Aviragnet.** Scorbut infantile. Suppuration des hématomes, Ostéomyélite consécutive du fémur et des côtes. Guérison. Bull. soc. méd. des hôp. de Paris. XVIII. 1903, S. 1409.
- Azéma.** De la broncho-pneumonie tuberculeuse chez les enfants. Thèse de Toulouse. 1903.

- L. Babonneix.** Accidents généraux d'origine amygdalienne chez l'enfant. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903. S. 350.
- A. Baginsky.** I. Ein Fall von Staitinodermie. II. Plötzlicher Tod. Berliner med. Gesellschaft. 25. März 1903. Berliner klin. Wochenschr. 1903. Nr. 19.
- L. Ballin.** Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Säuglinge. Jahrbuch f. Kinderheilk. 58. Bd., S. 412.
- P. Bar u. Agnaud.** Hématocèle congénitale chez un enfant né de mère éclamptique. Soc. d'obstét. de Paris, 19. Novemb. 1903. L'obstétrique, IX, 1904, S. 73.
- Barbier.** Sur les angines diphtériques prolongées ou à rechute. Journ. d. prat. XVII, S. 753.
- Barbillion.** De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons. Rev. mens. des mal. de l'enf. XXI, 1903. S. 487.
- Barbour.** Marasmus. Pediatrics. Juli 1903.
- H. Bardin.** Le prurigo chez l'enfant. Étiologie, diagnostic, traitement. Thèse de Paris.
- v. Bechterew.** Ueber äußere Zeichen habitueller Onanie bei Knaben. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. XXVI, S. 626.
- H. F. Bellamy.** A case of tuberculous peritonitis; spontaneous recovery. Lancet, 2. Mai 1903.
- Achtjähriges Kind, das sich in guter Luft bei reichlicher Ernährung von einer tuberkulösen Peritonitis wieder erholte.
- Karl Fürth (London).
- Belzons.** Quelques causes d'erreur dans le diagnostic des malformations du membre inférieur chez l'enfant. Thèse de Toulouse 1903.
- Benoit.** Contribution à l'étude du myxoedème chez l'enfant et de ses formes frustes. Thèse de Montpellier. 1903.
- Bentz.** Quelques observations de rhumatisme tuberculeux chez les enfants. Presse méd. 1903. II, S. 582.
- G. Berghinz.** Note clinique. (Macroglossia, pachimeningite emorragica.) La pediatria 1903, Nr. 8.
- Berkenheim.** Ueber Diabetes mellitus bei Kindern. Klin.-therap. Wochenschr. X, S. 801. (Siehe Referat dieser Monatsschrift, II. Bd., S. 651.)
- G. Berti.** Importanza semeiologica e patogenetica delle anomalie degli organi genitali nei ragazzi idioti e nevropatici. Bollett. delle scienze med. di Bologna. Vol. II, 1902.
- Bosanquet.** Pyelitis as a cause of intermittent pyrexia in children. Edinburgh med. journ. 1903. XIV, S. 149.
- Bouttiau.** Observation sur l'emploi du sérum antistreptococcique de Roux dans la broncho-pneumonie chez l'enfant. Ann. soc. méd. chir. de Liège. 42. Bd., S. 615.
- Brissaud u. Bruandet.** Un cas d'anencéphalie avec amyélie. Nouv. iconogr. de la Salpêtr. 1903. XVI, S. 133.
- A Broca.** Syphilis articulaire du genou chez l'enfant. Rev. franc. de méd. et chir. I, S. 1099.
- Brunard.** L'enucleation est-elle un mauvais procédé de détubage? L'enucleation doit-elle être un procédé de détubage d'exception? Provoque-t-elle des ulcérations du larynx et de la trachée? La clinique. 6. Juni 1903, Nr. 23.
- Brunard.** Spasme ulceratif mortel consecutif au tubage. La clinique. 11. Juli 1903, Nr. 28.
- R. Brunon.** Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur chez un enfant de 7 ans. Loire méd. XXII, S. 287.
- R. Brunon.** Coqueluche et belladone. Normandie méd. XIX, S. 354.
- Bucco.** Un caso di pseudo-leucemia splenica infantile con speciale importanza del reperto ematologico. Cura e guarigione ottenuta con la splenectomia. Nuova riv. chin.-therap. VI, S. 561.
- Burnet.** Tuberculous meningitis in infants and children. Med. Press and Circ. 76. Bd., S. 113.
- G. Buzzi.** Bradycardia da miocardite acuta morbillosa. (1 Fall.) Gazz. degli osped. e delle cliniche. 1903, Nr. 119.

- G. Caccia.** Tiroidite suppurativa streptococcica secondaria a vaccinazione. (Sekundäre eitrige Streptokokken-Thyreoiditis nach Vakzination.) (Riv. di clin. pediat. 1903, Nr. 9.)
Knabe von 1 Jahr 10 Monaten; 18 Tage vorher geimpft, kein Schutzverband, intensive lokale Reaktion, Fieber, Ekzem an der rechten Wange. Am 15. Tage Schwellung am Halse in der regio subhyoidea bis zu den vorderen Rändern der beiden Sternokleidomast., nach zwei Tagen Fluktuation, Inzision, grünlicher Eiter, rasche Heilung. Im Eiter Reinkultur von Streptokokkus, welcher für Tiere wenig pathogen war.
Dotti (Florenz).
- A. Calabet.** Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Thèse de Bordeaux. 1903.
- Calsac.** De l'hypothermie dans les encéphalopathies chroniques de l'enfance. Thèse de Paris. 1903.
- Camus.** De l'emphysème sous-cutané dans les pneumonies de l'enfant. Thèse de Paris 1903.
- Capitan.** Traitements pratiques de l'helminthiase chez les enfants. Méd. moderne. XIV, S. 317.
- Caporali und G. Orsi.** Studio ematologico in un caso di anemia splenica infantile prima e dopo la splenectomia. Giorn. internaz. delle scienze med. 1903, Nr. 22.
- Carpenter.** Splenomegaly in infants and young children. British med. journ. 1903, II, S. 463.
- G. Carrière.** Syphilis héréditaire et syphilo-brightisme. Nord. méd. X, S. 157.
- G. Carrière.** Sur un cas d'anémie chez un enfant. Diagnostic des anémies infantiles. Ann. méd.-chir. du Centre. III, S. 129.
- G. Carrière.** Sur un cas de gangrène pulmonaire. Nord. méd. X, S. 277.
- Cathelain und Barthélemy.** Une variété rare et singulière d'incontinence d'urine chez l'enfant. Clin. inf. I, S. 47.
- C. Cattaneo.** Contributo alla etiologia e patogenia della porpora primitiva nell'infanzia. (Mitteilung auf dem internationalen Kongreß in Madrid.) La pediatria 1903, Nr. 8.
- P. Caziot.** Note sur la „scarlatine latente“. Bull. soc. méd. des hôp. de Paris. XX, S. 799. (Siehe diese Monatsschr. II. Bd., S. 579.)
- T. Chappé.** De la tuberculose du péricarde chez les enfants. Thèse de Paris 1903.
- Charrin und Léri.** Lésions des centres nerveux des nouveau-nés issus de mères malades. Académie des sciences. 16. März 1903.
- Coldefy.** Les accidents du sérum antidiphthérique, leur innocuité. Rev. de théér. méd.-chir. 70. Bd., S. 613.
- C. Comba.** Recenti studi sul morbo di Barlow. (Übersicht.) Riv. di clin. pediat. 1903, Nr. 9.
- J. Comby.** Nouveaux cas de scorbut infantile. Bull. soc. méd. des hôp. de Paris 1903, XVIII, S. 1419. (Siehe auch Literaturübersicht. S. 580.)
- Comby.** Valeur thérapeutique de la sérothérapie dans la diphthérie. Arch. de méd. des enfants 1903, Nr. 5.
Übersichtliche Zusammenstellung und Erörterung des heutigen Standes der Frage. Bartenstein (Breslau).
- Concetti.** Un kyste hydatique qui simule un rein mobile. Pédiat. prat. I, S. 145.
- Conner.** The aetiology of bronchopneumonie. New York med. journ. 26. Dezember 1903.
- Courtin.** Gomme héredo-syphilitique de la lèvre inférieure chez une fille de six ans. Gaz. hebdom. d. soc. méd. de Bordeaux. XXIV, S. 496.
- Courtin.** Périonite à staphylocoques chez une enfant de 5 ans. Ibidem S. 465.
- O. Cozzolino.** Contributo alla patogenesi degli edemi del neonato. (Pathogenese der Oedeme bei Neugeborenen.) La pediatria 1903, Nr. 9.
- O. Cozzolino.** A proposito di una nuova osservazione di cirrosi atrofica del fegato in una bambina di 8 anni. Giornale internaz. delle scienze med. 1903, Heft 2.

- O. Cozzolino.** Un caso di guarigione persistente da oltre un anno di idrocefalo cronico congenito. Gazz. internaz. di medicina 1903, Nr. 13.
- Cruchet.** Dilatation énorme du coeur gauche chez une fillette de 3 ans. Myocardite diphtérique. (?) Journ. de méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 846.
- Cruchet.** L'angine diphtérique. Arch. de méd. des enfants 1903, Nr. 6.
Verf. wendet sich mit Recht gegen eine ätiologische Einteilung der Anginen und tritt für eine rein klinisch-symptomatische Gruppierung ein.
Bartenstein (Breslau).
- H. Cavillier.** Note sur le traitement des végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance. Arch. int. de laryngol. 1903. (Siehe Referat dieser Monatsschr. II. Bd., S. 505.)
- H. Dauchez.** Les anomalies vaccinales. Deux cas d'érythème vaccinal, circiné, polymorphe, ortié dans la même famille. Arch. de méd. des enfants 1903, VI. Bd., S. 36.
- Decroly.** Troubles dysarthriques permanents chez un enfant épileptique. Journ. de neurol. IX, S. 18.
- Delcourt.** A propos des ulcérations consécutives au tubage. La clinique, 13. Juni 1903, Nr. 24.
- Dhourdin und Lalesque.** La coqueluche à la mer. Journ. de méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 477.
- Dubois.** Des injections préventives de sérum antidiphtérique pratiquées systématiquement. Thèse de Paris 1903. Rousset.
- F. Egidi.** Laringopatie secondarie di morbi acuti infettivi. Bericht am VII. Kongreß der Oto-, Rhino-, Laryngologen in Rom 1903.
- C. A. Ewald.** Ueber hysterische Autosuggestion der Kinder. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 38.
3 Knaben im Alter von 9, resp. 7 Jahren, bei denen eine bestimmte, auf einen bestimmten Punkt gerichtete Zwangsvorstellung bestand und durch suggestive Therapie zu beseitigen war.
- A. de Fabritis.** Di un' epidemia scarlattinosa. (41 Fälle.) Gazz. degli osped. e delle clin. 1903, Nr. 122.
- Farez.** Incontinence nocturne d'urine guérie par suggestion pendant le sommeil naturel chez une enfant de 26 mois. Rev. de l'hypnot. XVI, S. 146.
- N. Fedele.** Sopra un caso di splenopneumonite in un bambino. La pediatria 1903, Nr. 10.
Auch in diesem Falle linksseitig. Differentialdiagnose mit exsudativer Pleuritis.
Dotti (Florenz).
- L. Ferrannini.** Corea molle, epilessia coreica e miastenia pseudoparalitica. Contributo clinico. La Riforma med. 1903, Nr. 26.
- L. Ferrier.** Quelques considérations sur une épidémie de diphtérie à Toulouse. Thèse de Toulouse, 1903.
- A. Filia.** La tétanie chez les enfants. Rev. d'hyg. et de méd. infant 1903, II, S. 505.
- Louis Fischer.** Cinial results with anti-streptococcus serum (Aronson) in scarlet fever. Medical record. 1903, 7. März.
- Fontanié.** Étude clinique de l'hématurie rénale dans les néphrites des enfants. Gaz. d. mal. inf. V, S. 243. (Siehe diese Monatsschr. II. Bd., S. 581.)
- Franklin.** A case of small-pox in the foetus. Med. Record. 1903, 64. Bd., S. 377.
- F. Gaito.** Contributo allo studio della peritonite da pneumococco nei bambini. (Pneumokokkenperitonitis bei Kindern.) Riv. di clin. ped. 1903, Nr. 12.
5 klinische Fälle.
- Gaito.** Tuberculosi della faringe. Nota clinica istologica. Forma luposa in una bambina di 8 anni. Boll. delle malattie dell' orecchio 1903, VIII.
- D. Galatti.** La paralysie douloureuse des jeunes enfants. L'Anjou méd., März 1903.
- Galdi.** Di un sintomo finora poco valutato nella diagnosi di corea del cuore. (Ueber ein bisher wenig gewürdigtes Symptom bei der Diagnose der Herzchorea.) Il policlinico 1903, Nr. 56.
Verf. betont die spontane erhebliche Variabilität der Herzdurchmesser.
Dotti (Florenz).

- Galtier.** Considérations sur la syndactylie. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* 1903. XXIV, S. 463.
- Galtier.** Quelques difformités congénitales des doigts. *Journ. de méd. de Bordeaux* 1903, XXIII, S. 775 und 789.
- Gaucher und Rostaine.** Chancre induré de la vulve chez deux petites filles de 6 et 7 ans. *Ann. de dermat. et syphilis*. IV, S. 831. *Bull. soc. fr. de dermat. et syphil.* XIV, S. 301.
- M. Gay.** Del siero antidifterico nella polmonite e nella meningite infettiva: polivalenza dei sieri. (Ueber Diphtherieheilserum bei Pneumonie und infektiöser Meningitis.) *Gazz. degli osped. e delle cliniche* 1903, Nr. 122.
Zu wenig zahlreiche Fälle, um daraus sichere Schlüsse zu ziehen.
Dotti (Florenz).
- Gérard.** Traitement du trachome. *Pédiat. prat.* I, S. 173.
- Ghislain und Houzel.** Les hémorroïdes chez l'enfant. *Journ. des prat.* 3. Oktober 1903.
- Grancher.** Préservation de l'enfance contre la tuberculose. *Bull. méd.* 1903. XVII, S. 921.
- Grisel.** Absence congénitale des muscles pectoraux du côté droit. *Rev. d'orthop.* 1903. IV, S. 359.
- Fr. G. Grünfeld.** Ueber Tuberkulose im ersten Kindesalter (0 bis 2 Jahre). Inaug.-Dissert. Bukarest 1903.
Verf. berichtet über 26 eigene Beobachtungen, darunter 12 Sektionen.
Sonst nichts neues. Manicattide (Jassy).
- Guillemot und Lequeux.** Un cas de tétanisation persistante chez le nouveau-né. *Soc. d'obstét. de Paris*. 2. Juli 1903. *L'obstétrique* 1904. IX, S. 67.
- Marcell Hartwig.** Akute primäre Pyelitis der Säuglinge. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 48.
- Hauser.** Ueber zyklische Albuminurie. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 50.
- P. Haushalter und L. Richon.** Malformation cardiaque et cavité médullaire chez un enfant de 10 mois. *Rev. mens. des mal. de l'enf.* 1903. XXI, S. 552.
- Hecker.** Zur Frage der Kinderabhärtung. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 47.
- A. Heller.** Contribution à l'étude des paralysies faciales congénitales par agénésie du rocher. Thèse de Paris 1903. *Anjou méd.* 1903. X, S. 198 und 214.
- Heubner.** Eine Allgemeininfektion mit Soor. (Berliner Verein für innere Medizin. 10. Mai 1903.) *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 27.
- Martin Hohlfeld.** Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-pericarditis. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 31.
Krankengeschichte eines 9jährigen Knaben, welcher in der Leipziger Kinderklinik beobachtet wurde.
- Houssay.** Fièvre aphteuse. *Arch. de méd. des enfants*. 1903. VI. Bd., S. 153.
- Hutinel.** Causes adjuvantes des affections gastro-intestinales chez les nourrissons. *Méd. inf.* III, S. 163.
- Hutinel.** L'ulcère syphilitique de l'ombilic chez les nouveau-nés. *Syphilis*. I, S. 81.
- Huyghe.** Chorée arhythmique hystérique unilatérale droite. Parésie et hyperesthésie gauche. Torticollis mental. *Nord. méd.* X, S. 283.
- Otto Jacobson.** Ueber orthotische Albuminurie. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 40.
Verf. stellt die orthotische Albuminurie als „ein Zeichen der leichten Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit“ dar und glaubt, daß es eines gewissen Ermüdungsgefühles, einer relativen Ueberanstrengung bedarf, um bei aufrechter Stellung Eiweiß im Urin auftreten zu lassen.
- Alfred Japha.** Ueber den Stimmritzenkrampf der Kinder. *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 49.
Verf. resumiert folgendes: Der Stimmritzenkrampf der Kinder vereinigt sich mit einer gewissen Art von Konvulsionen und gewissen

lokalen Krampfständen zu einem Krankheitsbilde, welches charakterisiert ist durch eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems gegenüber allen Arten von Reizen.

Die Ursache der Tetanie ist nicht geklärt. Die winterliche Jahreszeit begünstigt den Ausbruch der Erkrankung, von allergrößter Bedeutung sind aber Ernährungsschädlichkeiten.

- F. Jouve.** Les hémorrhagies dans la diphtérie. Thèse de Paris. 1903.
- A. Jovane.** Grave tuberculosi in un bambino di 10 mesi. — Combinazione delle sindrome di Benediet e di Millard-Gubler. La pediatria. 1903. Nr. 11.
- Bestätigung durch Obduktionsbefund. Dotti (Florenz).
- S. Kalischer.** Ueber Gangstörungen bei Tetanie. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 36.
- 14jähriges Mädchen; der Gang ist langsam, schwerfällig und watschelnd, indem namentlich Becken und Hüften beim Gehen hin- und herschwanken, während der Fuß in Plattfußstellung aufgesetzt wird. Die Diagnose Tetanie war mit Sicherheit zu stellen.
- Zum Schlusse geht Verf. kurz auf die Tetanie bei Säuglingen ein.
- Kingsford.** Tuberculosis of the tonsils in children. Lancet. 166 Bd., S. 89.
- Labbé.** Un cas de pleurésie purulente chez un nouveau-né. Pédiat. prat. 1903, I, S. 133.
- de Landtsheer.** Réinfection dans la rougeole. Pédiat. prat. I. S. 171.
- O. Lapin.** Ueber Bronchiektasien bei Kindern. Arch. f. Kinderheilkunde. 37. Bd., S. 406.
- Lecerf.** Les abcès multiples de la peau des nourrissons. Rouen 1903. Thèse de Paris.
- Lemerle.** Contribution à l'étude de la cyanose congénitale sans signes d'auscultation. Thèse de Toulouse. 1903.
- Long.** Control of fever and convulsions in childhood. (Behandlung von Fieber und Konvulsionen im Kindesalter.) Pediatrics. September 1903.
- G. Lucangeli.** Contrattura isterica in una bambina. Boll. della soc. Eustachiana 1903, Nr. 11—12.
- S. Lustgarten.** Ueber akute Leukämie im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Bukarest. 1903.
- Lutier.** Les nouveaux procédés d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses. (Cyto-diagnostic, bactériologie, cryoscopie, perméabilité.) Thèse de Paris. 1903. G. Steinheil.
- O. Macé.** Le muguet à forme levure chez le nouveau-né. L'obstétrique 1903. VIII, S. 518.
- Mackay.** Hypertrophic stenosis of pylorus in infants. Intereol. med. journ. Australasia VIII, S. 571.
- Macone.** Contributo allo studio delle infezioni pneumococciche extrapulmonari. (Extrapulmonäre Pneumokokkeninfektionen.) Gaz. degli ospedali e delle clin. 1903, Nr. 137.
- Es handelte sich um einen Abszeß in der linken Deltoideagegend, welcher sich 3 bis 4 Tage nach Abheilen einer linksseitigen Lungenentzündung eingestellt hatte. Darin Diplokokkus in Reinkultur.
- Dotti (Florenz).
- Maguire.** Acute contagious pemphigus in the newly born; a clinical study. Brit. journ. dermat. 1903. XV, S. 427.
- Mairesse.** Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires tuberculeuses dans le premier âge. Thèse de Paris. 1903.
- Marmol.** Evolución clínica simultánea de la escarlatina y de la erisipela en la infancia. Med. de los niños. IV, S. 302.
- C. Martin.** Ueber Nachkrankheiten nach Angina. Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.
- L. Martin.** Étude sur les pleurésies dans la première enfance. Thèse de Paris. 1903.
- P. Masmonteil.** La méthode épidurale dans les incontinenances d'urine sans lésions vésicales. Thèse de Paris. 1903.
- Mathieu.** Du stridor laryngé congénital (ou cornage vestibulaire congénital). Thèse de Nancy. 1903.

J. Mayer. Das Wesen der Rachitis. Fortschritte der Medizin. 1903, Nr. 34.

Verf. nimmt wohl mit Recht an, daß es sich bei der Rachitis um eine Störung der Blutbildung handle. Wenn er aber als die Ursache dieser Störung eine chronische Kohlenoxydvergiftung des kindlichen Organismus annimmt, welche durch einen zu großen C-Gehalt der Nahrung und durch das ungenügende Vorhandensein von naszierendem Sauerstoff in der Atmungsluft hervorgerufen werde, so genügt es nicht, diese Behauptung auf rein theoretischen Wegen, denen Ref. hier nicht nachgehen kann, wahrscheinlich zu machen, sondern das Kohlenoxyd muß in entsprechender Menge im Blute nachgewiesen werden. Erst wenn dem Verfasser dies gelungen ist, wird man seine Anschauung als einen Fortschritt der Medizin bezeichnen können.

Hohlfeld (Leipzig).

Melzi. Enuresi notturna e vegetazioni adenoidi. Gazz. degli osped. e delle clin. 1903, Nr. 83.

Zwei durch Entfernung der adenoiden Vegetationen geheilte Fälle.

Dotti (Florenz).

E. Mensi. Contributo allo studio dell' anemia splenica infantile con speciale riguardo alle alterazioni della milza, all' etiologia e all' organoterapia. Il progresso medico. 1903, Nr. 20.

Méry. I. Lymphocytemie réalisant le type clinique de l'anémie pernicieuse progressive chez un enfant de trois ans. II. Pneumonie anormale. Méd. moderne. XIV, S. 369.

Méry. Le traitement de la fièvre typhoïde infantile. Journ. des prat. XVII, S. 567.

Méry. Les gastro-entérites infectieuses des nourrissons et leur traitement. Rev. mod. de méd. et chir. I, S. 315.

Méry. Convulsions infantiles. Journ. des prat. XVII, S. 455.

Méry. Syphilis héréditaire. Ibidem, S. 155.

Méry. Le rhumatisme chronique chez l'enfant. Ibidem, S. 535.

Méry. Les affections aortiques chez l'enfant. Ibidem, S. 676.

Méry. La syphilis héréditaire tardive. Ibidem, S. 742.

Meynet und Péhu. De la dermatite polymorphe douloureuse (dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq) chez l'enfant. Ann. de dermat. et syphiligr. IV, S. 893.

E. Meynier. Porpora ed eritemi infettivi. La pediatria 1903, Nr. 12.

Michalovitch. Contribution à l'étude de la vulvovaginite et ses principales complications chez les petites filles. Thèse de Paris. 1903.

Michelland. Spasme de la glotte chez les enfants et auto-intoxications. Thèse de Lille. 1903.

Moizard und Grenet. Deux observations de granule à forme hémorragique. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903, S. 332.

Moizard und Grenet. Deux cas de néphrite hémorragique au cours d'angines simples. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903, S. 343.

Moizard und H. Grenet. La forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde. Arch. de méd. des enfants 1903, VI. Bd., S. 1.

Montefusco. Osservazioni su 203 casi di croup curati all' ospedale Cotugno (Napoli) e su 80 intubazioni. Napoli 1903. Delken e Roll.

Montfort. De l'incontinence d'urine chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. Gaz. méd. de Nantes. XXI, S. 565, 585. (Siehe diese Monatsschrift II. Bd., S. 451.)

Morison. On the use of opium in the carditis of children. Edinburgh med. journ. XIV, 1903, S. 103.

Morison. Opium in the carditis of children. Pediatrics, Oktober 1903.

E. E. Morse. Dystocia caused by double congenital cystic kidney in the new-born; a contribution to the study of congenital cystic kidney. (Schwere Geburt verursacht durch beiderseitige Cystenniere beim Neugeborenen; ein Beitrag zum Studium der kongenitalen Cystenniere.) Journ. amer. med. assoc., 19. Dezember 1903.

Ziemlich typischer Fall; Sektion nur partiell ausführbar.

- Mosse.** Demonstration von drei Kindern mit angeborenen Herzfehlern. (Berliner medizinische Gesellschaft, 25. März 1903.) Berliner klin. Wochenschrift 1903, Nr. 19.
- Naveiro.** La fréquence de la rage chez l'enfant. Gaz. des. mal. inf. V, 1903, S. 209.
- Ness** (Glasgow). Leucoderma of five years duration in a boy aged eleven years. (5 Jahre dauernde Leukodermie bei einem 11jährigen Knaben). (Arch. of pediat., Dezember 1903.)
Der Fall verlief stetig progressiv. Anamnese von Lues fehlte.
Wachenheim (New-York).
- Newell.** A typical case of sporadic cretinism. (Ein typischer Fall von sporadischem Kretinismus). (Med. Record., 5. Dezember 1903.)
Ein Kind amerikanischer Eltern, während sonst alle hier berichteten fremder Abstammung sind. Wachenheim (New-York).
- Oberwarth.** Demonstration eines fünf Wochen alten frühgeborenen Kindes von 810 g Gewicht, (Berliner medizinische Gesellschaft, 24. Juni 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 28.
- M. d'Oelsnitz.** La leucocytose dans la tuberculose et spécialement dans plusieurs formes de tuberculose infantile. Thèse de Paris. 1903.
- Oui.** Traitement des hémorrhagies gastrointestinales du nouveau-né. Bull. de thérap. 15. November 1903. (Siehe diese Monatsschrift, II. Bd., S. 584.)
- O. Palmarini.** Iperidrosi cerebrospinale tossica. — Puntura lombare. Gazz. med. delle Marche 1903, Nr. 10.
- Parienté.** Part de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose infantile. Thèse de Montpellier. 1903.
- Patoir.** Les atrophies musculaires de l'enfance. (Myopathie progressive primitive.) Pédiat. prat. I. S. 109.
- S. V. Pearson.** Latent empyema in infants. Edinburgh, med. journ. XIV, S. 36. (Siehe Referat dieser Monatsschr., II. Bd., Nr. 12, S. 746.)
- S. V. Pearson und P. L. Mummery.** The aftertreatment of empyema in infants. Practitioner, 71. Bd., S. 246.
- Pellizzi.** Un caso di microgiria con quasi completo arresto di sviluppo delle vie piramidali. Gazz. med. ital. Oktober 1902.
- P. Pennato.** Endocardite fetale e vizio congenito del cuore. (Zwei Fälle.) La clinica med. ital. 1903, Nr. 50.
- Percheron.** Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Valeur de la ponction lombaire. Thèse de Paris. 1903.
- Perretant.** De la balnéation au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse de Lille. 1903.
- Perrin.** Un cas d'anémie infantile. Ann. de méd. et chir. inf. 1903, Nr. 24.
Dreijähriger Junge mit hochgradiger Anämie nach chronischen Magendarmstörungen. Im Blute 1,444.600 rote und 9300 weiße Blutkörperchen. Langsame Genesung. Br ü n i n g (Leipzig).
- G. A. Peters und R. D. Rudolf.** A case of purulent pericarditis complicated by empyema: operation and recovery. Edinburgh med. journ. März 1903.
- Peyri.** Un caso de dermatitis exfoliatrix generalizada. Med. de los niños. IV, S. 259.
- A. Philippow.** Ueber atonische Erweiterung des Magens bei Kindern. Arch. f. Kinderheilk., 37. Bd., S. 428.
- Karl Pichler.** Parotitis secundaria bei Pneumonie. Wien. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 49.
- Piéchand.** A propos de la paralysie infantile. Ann. de chir. et d'orthop. XVI, S. 305.
- G. Pierantoni.** Laringospasmo e pseudomeningite da ascaridi lombricoidi. (Zwei Fälle.) Gazz. degli osped. e d. clin. 1903, Nr. 65.
- Plantenga.** La leucocytose de la rougeole et de la rubéole. Arch. de méd. des enfants. VI, 1903, S. 129.
- Plebs.** Appunti di clinica pediatrica. Adenite tubercolare mesenterica e consecutiva peritonite circoscritta operata. Di un pericolo del massaggio. La pediatria 1903, Nr. 11.
- Fr. Pons.** Sur quelques points de la tétanie infantile. Thèse de Toulouse. 1903.

- C. Price-Jones.** An enquiry into the causation of tuberculosis in children. *The Practitioner* 1903, Nr. 2, S. 191.
- Raulin.** Un cas de récidive de la diphtérie. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. XXIV, S. 376.
- Raulin.** Un cas de diphtérie hypertoxique (diphtérie associée). Traitement prolongé par les injections de sérum antidiphtérique. Guérison. *Ann. de médecine et de chirurgie infantile*. 1903, Nr. 24.
- E. Ravenna.** Contributo allo studio delle localizzazioni encefaliche nella corea e nell'epilessia. *Rivista di freniatria*. 1903.
- F. Raymond.** Sur un cas de paraplégie spasmodique familiale. *Arch. de médecine des enfants*. 1903, VI. Bd., S. 705.
- Raymond.** Erythèmes morbilliformes d'origine gastro-intestinale chez l'enfant. *Journ. de médecine de Paris*. XV, S. 477.
- E. Reale.** Un caso tipico di albuminuria ortostatica con particolare riguardo alle cosiddette albuminurie fisiologiche. (12jähriges Mädchen). *La nuova rivista clinico-terapeutica*, August 1903.
- Resinelli.** Contributo allo studio della funzione renale nella vita intrauterina. *Policlinico*, Sez. pr. 1902, Nr. 49.
- Richardière und Hanfmann.** Quelques cas de scarlatine. *Clin. infant.* I, S. 33.
- Richon.** Un cas d'anémie splénique chez un enfant de deux mois. *Pédiat. prat.* I, S. 68.
- Richon.** Un cas de syphilis héréditaire tardive à forme cérébro-spinale. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. 1903, XVI. Bd., Nr. 2.
- Le Ridant.** L'hystérie avant l'âge de deux ans. Thèse de Toulouse. 1903.
- Rivière.** The incidence and mortality of croupous pneumonia in infancy. *Lancet*, 165. Bd., S. 155.
- H. Betham Robinson.** (Clinical Society London.) *Lancet*, 16. Mai 1903.
Verf. berichtet über einen Fall von spinaler Meningo-Myelozele bei einem 11monatlichen Mädchen, bei dem der Tumor eine Abdominalzyste vortäuschte. Das Kind starb kurz nach der Laparotomie. Gehirn ohne Abnormitäten. Karl Fürth (London).
- V. Rocchi.** Sopra un caso di erythrodermia exfoliativa congenita neonatorum. (Morbo di Ritter.) *La pediatria* 1903, Nr. 12.
- Rochon.** Le scorbut infantile en France. Thèse de Paris. 1903.
- Rogers.** A case of infantile scurvy. *Bristol med.-chir. journ.* XXI, S. 318.
- A. Rossi.** Il valore curativo del siero antidifterico osservato a diversi periodi di tempo dall'inizio della malattia. (Aus der Kinderklinik in Florenz.) *Tipografia Fratelli Giorgetti, Santarcangelo di Romagna* 1903, 16 S.
- G. Rossi.** Di un caso di varicella e concomitante monoplegia brachiale destra. (Ueber einen Fall von Varizellen und gleichzeitiger Monoplegia brachialis dextra.) *Gazz. degli osped. e delle clin.* 1903, Nr. 113.
Verf. faßt die Monoplegie als toxischen Ursprung auf. Dotti (Florenz).
- Rothmann sen.** Ein Fall von Angina Ludovici. (Berliner Verein für innere Medizin, 9. März 1903.) *Berliner klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 16.
- Rouchet.** Pneumonie chez les enfants à la mamelle. *Journ. de médecine de Bordeaux*. XXXIII, S. 808.
- J. Royer.** De la pleurésie purulente du nouveau-né. Thèse de Paris. 1903.
- Rozet.** Résultats de la sérothérapie antidiphthérique à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Thèse de Paris. 1903.
- J. Salomon.** Ueber die Folgen der chronischen Bronchialdrüsenaffektionen im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.
- Scalase.** Contributo allo studio etiologico della pseudoleucemia splenica dei bambini. *Bollet. delle cliniche*. 1903, Nr. 10.
In 10 Beobachtungen von Pseudoleukämie fand Verf. neunmal bei der Mutter, einmal bei beiden Eltern Diabetes; er sah auch Besserung bei Säuglingen, sobald sie von der Mutterbrust abgestellt wurden. Dotti (Florenz).
- Schliper.** Cephalhaematoma neonatorum. Inaug.-Dissert. Greifswald 1903.
- J. E. Schostak.** Ikterus als Komplikation nach Scharlach. *Wratschebnaja Gazetta* 1903, Nr. 48.

- Als Komplikationen von Scharlach traten in dem Falle nacheinander auf: Rachendiphtherie, Ikterus, Arthritiden, Drüsenerweiterung und Nephritis. — Exitus. **Lubowski** (Berlin-Wilmersdorf).
- Schwab und Lévy-Bing.** Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles. Presse méd. XI, t. 2, 1903, S. 757.
- Sevestre.** Quelques considérations sur le traitement des fièvres éruptives de l'enfance. Journ. d. prat. XVII, S. 721.
- L. G. Simon.** Des éléments de pronostic qu'on peut tirer de l'examen du sang de malades atteints de diphtérie. Arch. de méd. des enfants. VI. Bd., 1903, S. 604.
- A. Simonini.** Contributo allo studio dei sarcomi primitivi del fegato. (Primäre Lebersarkome.) La Riforma medica. 1903. Nr. 108—109.
- Nach Aufzählung der im Kindesalter beobachteten Fälle berichtet Verf. über eine eigene Beobachtung an einem vierjährigen an Gastroenteritis gestorbenen Kinde. **Dotti** (Florenz).
- Smith.** Note on scurvy as a cause of haematuria in the infant and in old age. Bristol med.-chir. journ. XXI, S. 320.
- E. Soncini.** Un caso di miosite ossificante progressiva. (Vierjähriges Mädchen.) Arch. di ortopedia. 1903. Heft 2.
- Spicer.** Mongolian imbecility. (Mongolismus.) Pediatrics. Juli 1903.
- J. H. Spiegelberg.** Die Influenza im Kindesalter. Ein kurzer kritischer Ueberblick über die Literatur der letzten 15 bis 20 Jahre. Leipzig 1903. B. Könenig. 14 Seiten.
- L. M. Spolverini.** Hemiplegia di origine tossica in un bambino di 20 mesi. (Hemiplegie toxischen Ursprungs bei einem 20 Monate alten Knaben.) Riv. di clin. pediat. 1903, Nr. 10.
- Nach 20tägigen Krämpfen wurde bei der Sektion hämorrhagische Pachymeningitis, Sinusthrombose und Zeichen von Bronchopneumonie gefunden. Die klinischen Erscheinungen wurden durch die anatomischen Läsionen nicht erklärt. **Dotti** (Florenz).
- Steiner.** Die Behandlung der Pneumonia crouposa im Kindesalter mit Guajacolum carbonicum. Pester med.-chir. Presse. 39. Bd., S. 1051.
- Martin Stengel.** Ueber einen Fall von generalisierter Vaccine. Inaug.-Dissert. München 1903.
- L. Stephenson.** Ophthalmia neonatorum, its etiology and prevention. Med. Press and Circ. 76. Bd., S. 391.
- Stewart.** Evidences of rheumatism in childhood. Glasgow Med. journ. 60. Bd., S. 255.
- G. A. Sutherland und J. W. T. Walker.** Two cases of interstitial nephritis in congenital syphilis. Brit. med. journ. 25. April 1903.
- Taillens.** Considérations sur la sérothérapie antidiphthérique. Rev. méd. de la Suisse rom. XXIII, S. 463.
- Tarozzi.** Malattia di Hirschsprung e Megacolon idiopatico. Riforma med. 1903. Nr. 188 und 189.
- Nach Verf. muß die kongenitale Hirschsprungsche Krankheit, welche dem Kindesalter eigen, von den bisher bei Erwachsenen beobachteten wenigen Fällen von Megacolon unterschieden werden. **Dotti** (Florenz).
- Terrien.** Trois cas d'hystérie infantile. Gaz. med. de Nantes. XXI, S. 575.
- Thoyer-Rozat.** Anomalie d'ossification du crâne foetal (fontanelle occipitale à quatre branches par l'existence d'une suture interoccipitale; fontanelle cérébelleuse), considérations séméiologiques. Soc. d'obstét. de Paris. Sitzung vom 18. Juni 1903. L'obstétrique. IX. Bd., 1. Heft, S. 64.
- Tornaca.** Sulle setticcemie secondarie nell' ileotifo. R. acc. med. Torino. April 1903.
- J. Trepinský.** Ein Beitrag zur Statistik und Anatomie der Tuberkulose im Kindesalter. Inaug.-Dissert. München 1903.
- Triboulet.** Les difficultés de diagnostic dans la maladie de Barlow. Bull. soc. de pédiat. de Paris. V. 1903, S. 358.
- V. Utili.** Di un caso di aereofagia. Il nuovo Raccoglitore med. 1903, Nr. 9. Angeblich der einzige sichere Fall im Kindesalter.

- J. Valagussa.** Un caso di megacolon congenito. Vortrag in der Sektion Rom der italienischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. März 1903. (Siehe S. 227 dieser Monatsschrift.) Riv. di clin. pediat. 1903, Nr. 12.
Verf. berichtet über einen Fall bei einem dreijährigen Knaben, vergleicht seine histologischen Befunde mit den Fällen Concettis und Myas und mit einem normalen Falle. Dotti (Florenz).
- A. Vallana.** Sette casi di scolo di sangue dai genitali in neonate. Progresso medico. 1903, Nr. 4.
- A. Valli.** Eclampsia infantile ed epilessia. Rivista speriment. di freniatria. 1903, 1. und 2. Heft.
- A. Valli.** Contributo alla conoscenza delle sindromi atetosiche. Riv. di freniatria. 1903, Nr. 3.
- Vargas.** La esplenomegalia en el diagnostico de la heredo-sifilis. Medic. de los niños. IV, S. 292.
- Vargas.** Contribuciones al estudio del empiema. Ibidem. S. 196.
- Vargas.** El hedonal en el tratamiento de la corea. Ibidem. S. 172.
- Vargas.** Cooperación al estudio de los diplegias. Ibidem. S. 323, 356.
- Vargas.** El suero antioqueluchoso y los medicamentos en la tos ferina. Ibidem. S. 225.
- Variot.** La cure de déchloruration dans les néphrites de l'enfance. Clinique inf. I, S. 71.
- Variot.** L'érysipèle à répétition. Journ. de prat. XVII, S. 503.
- Variot und Thomas.** Scorbut infantile chez une petite fille de 8 mois nourrie dès la naissance avec Allenburys milk-food. Bull. soc. méd. d. hôp. de Paris. XX, S. 1412.
- C. Vignolo-Lutati.** L'albargina nel trattamento delle vulvovaginiti blenorragiche delle bambine. (Albargin in der Behandlung der gonorrhoeischen Vulvovaginitiden bei Mädchen.) Riforma medica. 1903, Nr. 144.
Bespülungen mit 1 bis 4%igen Lösungen zeigten sich von bestem Erfolg. Dotti (Florenz).
- A. Villa.** Delle condizioni del sistema nervoso nella infezione difterica. Tipografia Cortellezi-Mortara-Vigevano. 1903, 110 Seiten.
Habilitationsschrift; klinisch-experimentelle Studien mit ausführlicher Literatur.
- B. Weill und A. Desmoulière.** L'urologie et les névroses de l'enfance. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903, S. 368.
- Weill und Péhu.** Sur la fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique dans la méningite tuberculeuse de l'enfance. Lyon méd. XXXV, S. 227.
- Arnold Zabel.** Ueber Blenorrhoea neonatorum ohne Gonokokken. Inaug.-Dissert. Halle 1903.
- Zahorsky.** Diagnosis of infantile eclampsia. Pediatrics. August 1903.
- Zahorsky.** Contribution to the therapy of enuresis. Pediatrics. Oktober 1903.
- Zahorsky.** The mortality of diphtheria in private practice under the antitoxin treatment. (Die Diphtheriemortalität in der Privatpraxis unter Heilserumbehandlung.) Med. News. 5. Dezember 1903.
Von 1610 gesammelten Fällen starben 24, bereits moribunde wurden von der Statistik ausgeschlossen.
- O. Zorzi.** La terapia timica del m. di Basedow infantile. La pediatria. 1903, Nr. 12.
- O. Zorzi.** Il vecchio metodo Moncorvo nella cura della pertosse. (Die alte Moncorvosche Methode der Keuchhustenbehandlung.) La pediatria. 1903, Nr. 9.
Verf. gibt eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Kurmethoden und erinnert bei der Moncorvoschen Methode (Pin selungen, zweistündlich mit reinstem 1%igem Resorcin) an die mit derselben in der Klinik Tedeschi erzielten Erfolge, die besonders in der konvulsiven Periode hervortreten sollen. Erforderlich ist Reinheit des Präparates, konstante Anwendung, Ausdehnung der Pin selung nicht nur auf den Pharynx, sondern bis zur Stimmritze. Dotti (Florenz).

Chirurgie und Mißbildungen.

- Aglot.** Contribution à l'étude des exostoses de la croissance. Thèse de Montpellier. 1903.
- Becher.** Ueber den Zusammenhang von Thoraxdeformitäten und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 12. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.
- Bilhaut.** Ostéomyélite chronique d'emblée chez une fillette de 12 ans. Examen radioscopique. Découverte d'un séquestre. Opération; guérison. Ann. de chir. et d'orthop. XVI, S. 289.
- Black.** Case of popliteal aneurism in a boy nine and a half years old. (Popliteal-Aneurysma bei einem Knaben von 9½ Jahren.) Pediatrics. September 1903.
Die Fälle sind bei Kindern äußerst selten; bei dem betreffenden Patienten waren Klappenfehler vorhanden, Lues nicht konstatierbar. Heilung nach Operation. Wachenheim (New-York).
- Böckel.** Volvulus congénital de l'anse sigmoïde chez un enfant de 2½ ans. Laparotomie et résection de cette anse. Guérison. Gaz. méd. de Strasbourg. 72. Bd., S. 81. (Siehe diese Monatsschr. Bd. II, S. 587.)
- Boureau.** Luxations congénitales de la hanche traitées suivant la technique de Lorenz. Gaz. méd. de Centre. VIII., S. 131.
- A. Broca.** Ostéite des nacriers. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1903. S. 366.
- A. Broca.** Trépanation chez les enfants pour fracture du crâne avec contusion cérébrale. Rev. prat. d'obst. et péd. XVI, S. 225. (Siehe diese Monatsschr., II. Bd., S. 587.)
- Calot.** Les attitudes vicieuses dans la coxalgie. Manière de les corriger et de maintenir intégralement la correction. Pédiat. prat. I, S. 85.
- J. Calvé und O. Guillaume-Louis.** La coxalgie double. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1903. XXI, S. 441 u. 503.
- Campbell.** The operative treatment of hernia in infants and young children, illustrated by 114 consecutive cases. Lancet. 166. Bd., S. 88.
- Michael Cohn.** Dreimonatlicher Säugling mit angeborener Hüftgelenkluxation. (Berliner medizin. Gesellschaft, 10. Juni 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 34.
- Ed. Cyr.** L'appendicite chez les enfants en bas âge. Thèse de Lausanne. 1903.
- Le Damany.** La luxation congénitale de la hanche. Rev. de chir. XXIII, S. 708.
- Debauge.** Contribution à l'étude du rétrécissement cicatriciel de l'oesophage chez l'enfant. Thèse de Lyon. 1903.
- Drocque.** Du traitement des tuberculoses ostéoarticulaires par la méthode de Phelps. Méd. inf. III, S. 187.
- Ducroquet.** Traitement de la luxation congénitale en un temps. — Méthode de la bande fibreuse iliotibiale de Maissiat. Rev. d'hyg. et de méd. infant. 1903. II, S. 548.
- L. S. Dudgeon u. Branson.** Purulent pneumococcic arthritis in children. The Lancet. August 1903.
- Favre.** Sur un cas de rupture traumatique de l'estomac chez un enfant. Loire méd. XXII, S. 157.
- Froehlich.** Deux observations de luxations congénitales doubles de la hanche, traitées par l'ostéotomie sous-trochantérienne. Rev. d'orthop. IV, S. 335.
- Gailhaud.** Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant. Thèse de Toulouse. 1903.
- V. Gandini.** A proposito di un caso di stenosi cicatriziale del retto. La pediatria. 1903, Nr. 11.
Ein Fall bei einem zweijährigen Kinde. Verf. studiert die Rectumstenosen in Beziehung zu den Megakolonformen. Dotti (Florenz).
- Georges.** La tuberculose osseuse et articulaire du pied chez l'enfant. Concours méd. XXV, S. 442.
- Gibbon.** Obstruction of the bowels and peritonitis due to a strangulated Meckel's diverticulum. (Darmverschluß und Peritonitis durch ein eingeklemmtes Meckelsches Divertikel verursacht.) Amer. journ. med. sciences. November 1903. Heilung nach Operation. Wachenheim (New-York).

Grisel. De l'ostéomyélite vertébrale aiguë primitive des vertèbres. Rev. d'orthop. 1903. IV, S. 431.

Helbing. Ein Fall von symmetrischer Verbildung des Daumens. (Berliner medizin. Gesellschaft. 18. Februar 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 10.

Es handelt sich um eine Kombination von Hyperphalangie des Daumens mit seitlicher Abbiegung der Nagelphalanx.

Hoffa. Schenkelhalsfraktur bei Kindern. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 12. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.

Hoffa. Beitrag zur Sehnenplastik. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 12. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.

Hoffmann. Epityphlitis im frühen Kindesalter und ihre Beziehungen zu der gleichen Erkrankung Erwachsener. Inaug.-Dissert. Marburg 1903.

Houzel. Les hémorroïdes et l'état hémorroïdaire chez l'enfant. Thèse de Paris. 1903. J. Rousset.

Joachimsthal. Angeborene Hüft- und Kniegelenksluxation. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 12. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.

Jouon. Luxation congénitale de la hanche droite compliquée de coxalgie. Gaz. méd. de Nantes. XXI, S. 612.

Mc Kinney. Delayed secondary haemorrhage following amygdalotomy. (Verspätete Sekundärblutung nach Tonsillotomie.) New-York. Med. journ., 26. Dezember 1903.

Bei einem zehnjährigen Knaben begann heftige Blutung vier Tage nach der Operation mit Guillotine. Bei einem zweiten Falle, mit der Schere operiert, trat schon am Anfang schwere Hämorrhagie ein, die sich am vierten Tage wiederholte. Wachenheim (New-York).

Kirmisson. Le traitement opératoire du pied bot varus équin congénital. Bull. méd. XVII, S. 821.

Kirmisson. Traitement de l'appendicite aiguë. Pédiat. prat. I, S. 181.

Lacasse. Des arthrites suppurées de cause inconnue chez les nourrissons. Revue mens. des mal. de l'enf. 1903, S. 364.

Kasuistische Mitteilung. Ausführliche Besprechung der Entstehungsmöglichkeiten dieser Affektionen. Die angenommenen Ursachen entbehren zum großen Teil der Begründung, zum Teil sogar der Wahrscheinlichkeit. Weigert (Breslau).

O. Laurent. La cure radicale de la luxation congénitale de la hanche. La Clinique. Nr. 33.

O. Laurent. L'exstrophie vesicale. Ibidem. Nr. 41.

O. Laurent. L'urano-staphylorrhaphie. Ibidem. Nr. 43.

O. Laurent. Le pied bot varus équin. Ibidem. Nr. 44.

Laurent. La cure radicale de la hernie ombilicale chez l'enfant. Scalpel. 56. Bd. S. 107.

Levasseur. Des amputations congénitales et des sillons congénitaux. Thèse de Paris. 1903.

Hugo Maass. Demonstration eines an Meckelschem Divertikel operierten Säuglings. (Berliner med. Gesellschaft, 10. Juni 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 28.

Mezbourian. Étude des fractures sur les membres atteints de paralysie infantile. Thèse de Paris. J. Rousset.

Nau. Malformations multiples chez un nouveau-né. Hernie diaphragmatique. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris, Juli 1903.

A. Nolte. Ein Fall von kongenitalem, totalem Tibiadefekt. Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.

Der Defekt fand sich bei einem 1½-jährigen, aus gesunder Familie stammenden Knaben. Da die anfänglich beabsichtigte Operation auf Schwierigkeiten stieß, wurde die Exarticulatio cruris vorgenommen. Brüning (Leipzig).

Pfeiffer. Multiple chronische Gelenkentzündungen im Kindesalter. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 12. Jänner 1903.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.

- Prota.** L'elettrocalamita applicata all'estrazione dei corpi estranei metallici delle vie aeree. Arch. ital. di laringologia. 1903, Nr. 1.
- O. Puppe.** Ein Fall von Atresia ani vaginalis. Inaug.-Dissert. Leipzig 1903 (11 jähriges Mädchen.)
- Max Reiner.** Ueber die Beziehungen von kongenitaler Coxa vara und kongenitalem Femurdefekt. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 27.
- O. Reitz.** Die Exstirpatio tali beim angeborenen und erworbenen Klumpfuß. Inaug.-Dissert. Leipzig. 1903.
- Renaud.** De l'ostéomyélite des nourrissons, ses rapports avec la pseudo-paralysie syphilitique. Thèse de Paris. 1903.
- Rocher.** Ostéomyélite du nouveau-né. Journ. des sciences méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 834.
- Roth.** The diagnosis and treatment of intussusception, with a report of four cases. (Diagnose und Therapie der Darminvagination. Mitteilung von vier Fällen.) Med. Record. 19. Dezember 1903.
- Royster.** Foreign bodies in the intestines. (Fremdkörper im Darm.) Pediatrics. Juli 1903.
Bei einem Kinde (Alter nicht angegeben), das an Konvulsionen zugrunde ging, fand Verf. gegen 30 Fremdkörper im Darm. Knöpfe, Holzsplitter, Kohlenstücke etc. Provenienz nicht eruiert. Wachenheim (New-York).
- H. Spitzzy.** Ueber Bau und Entwicklung des kindlichen Fußes. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 57. Bd., S. 731.
- L. Strominger.** Inguinale, rechtsseitige Kotfistel; doppelte Kryptorchidie; Darmresektion; Heilung. (13jähriger Knabe.) Spitalul. 1903, Nr. 5.
- Tebbetts.** Pott's disease of the spine. Pediatrics. Juli 1903.

Statistik, Krankenhäuser und Heilstätten, Kinderschutz und -Fürsorge.

- Barbachano.** Causas de la mortalidad de la infancia Med. de los niños. 1903. IV, S. 312.
- Barbier u. Delcominette.** 25 ans de fonctionnement de la crèche Eugénie à Liège. Ann. soc. méd.-chir. de Liège. 1903, 42. Bd., S. 559, 599.
- Bonnaves.** Étude statistique sur la mortalité infantile de la première année à Toulouse, de 1893 à 1902. Thèse de Toulouse. 1903.
- Cayrol-Blum.** Consultations de nourrissons et gouttes de lait. Montpellier méd. XVII, S. 25, 56.
- Chevillet.** Les enfants assistés à travers l'histoire. Paris und Nancy. 1903. Berger-Levrault & Cie.
- G. C. Ferrari.** L'assistenza dei fanciulli deficienti in Italia. Il suo passato e il suo avvenire. Riv. sperim. di freniatria. 1903, fasc. I u. II.
- L. Guinon.** Deux ans de prophylaxie et l'antisepsie médicale dans un service de l'hôpital Trousseau. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1903. XXI, S. 481.
- O. Heubner.** Rede zur Einweihung der neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderheilkunde im königl. Charité-Krankenhause am 29. Oktober 1903. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 44.
- Horand.** Contribution à l'étude de la protection de l'enfance à Lyon, relativement à la lutte contre la mortalité infantile. Bull. méd. administ. du dispensaire gén. de Lyon. 1903. XIV, S. 98.
- Houssay.** La protection des enfants du premier âge en France. Budget des pouponnières. Gaz. med. de Paris. 1903. III, S. 269, 317. (Siehe Monatschr., II. Bd., S. 592.)
- Liebe.** Landerziehungsheime gegen Tuberkulose. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1903, Nr. 11.
- J. Löffler.** Ueber Mortalität und Morbidität bei Müttern und Kindern im Anschluß an Zangen, Wendungen, Extraktionen etc. in der Leipziger Universitätsfrauenklinik. Inaug.-Dissert. Leipzig. 1903.

- Méry.** Le rôle du médecin dans l'élevage et l'assistance des nourrissons. Concours méd. 25. Bd., S. 534.
- Rendiconto** (IV) morale, sanitario e amministrativo dell' Ospedale dei bambini di Milano (fino al 31. Dic. 1902). Milano. 1903. Tip. Pirola-Rubini.
- Charles Rhém.** Les enfants abandonnés. Thèse de Paris. 1903. Rousseau.
- Julius Ritter.** Ueber Kinderheil- und Erholungsstätten. Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 48.
- H. de Rothschild.** Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait. Journ. des prat. XVII, S. 818.
- Rousseau-Saint-Philippe.** Protection „théorique“ et protection „réelle“ de l'enfance. Journ. de méd. de Bordeaux. XXXIII, S. 541.
- Louis Royer.** De la protection des enfants assistés et moralement abandonnés. (Décret du 19 janvier 1811 et loi du 24 juillet 1889). Caen. 1903.
- Turcsányi u. Engel.** Das italienische Findelwesen. Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1903, 4. Heft.
- Die Verfasser liefern mit ihren Ausführungen über die Rechtsquellen, den gegenwärtigen Stand und die in Aussicht genommene Reform des Findelwesens in Italien eine auch rein kulturhistorisch interessante Arbeit. Hohlfeld (Leipzig).
- Variot** La goutte de lait. Clin. inf. 1903. I, S. 1.
-

Namenverzeichnis.

(Die Titel von Originalmitteilungen sind gesperrt gedruckt.)

- Aballi. Atrophia infantum 795.
 G. d'Abbadie de Barrau. Herzmißbildungen 586.
 Abderhalden. Zystindiathese 317. — Milch 416. — Hämophilie 648.
 Abderhalden und E. Fischer. Kaseinverdauung 684.
 Abelous und Ribaut. Milch 416.
 Abt. Spontane Blutung bei Neugeborenen 110. — Rachitisbehandlung 150.
 Achard und Grenet. Kinderlähmung 577.
 Achard und Paisseau. Oedem nach Kochsalzinfusion 799.
 Ackermann. Wurmfortsatz und Intussusception 107.
 Adams. Lungenabszesse 577.
 Adenot. Gastrotomie 587.
 Adriance. Eiweißkörper in der Säuglingsnahrung 441.
 Ager. Säuglingssterblichkeit 49.
 Aglot. Exostosen 810.
 Agnaud und Bar. Hämatocoele 800.
 Agnel und Weill. Sterilisierte Windeln 573.
 Agote. Angeborenes Myxödem 447, 499.
 Aguilar. Influenza 799.
 Alapy. Darminvagination 168.
 Albaladejo. Alkoholismus 179.
 Albarel. Rachitisbehandlung 150.
 Albert-Weil. Infantile Lähmung 799. — Enuresis 799.
 Aldrich. Angina Ludovici 331. — Neuritis bei Keuchhusten 460. — Chorea 577.
 Alessandrini. Spinale Lähmung 799.
 Alexander. Säurefeste Bazillen im Ozaenasekret 269. — Ohrmuschelkeloid 341. — In den Glaskörper vordringende ArterienSchlinge 705.
 Alexander und Kreidl. Taubstumme 711.
 Alfaro. Tuberkulose 176, 335, 577. — Sarkome 176.
 E. Alfieri. Eisengehalt des Blutes 792.
 Mc Alister. Säuglingsernährung 245. — Darmkolik 795.
 Allaire und Le Meignen. Hereditäre und familiäre Mißbildungen 578.
 Allaria. Eitrige Thyreoiditis infolge von Varizellen 471. — Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane 456. — Purpura 749. — Typhus 751, 784, 792. — Helminthische Hämolyse 784. — Appendikuläre Pneumonie 784.
 Alt. Erkrankungen der Nase und des Ohres 165.
 Althausen. Hautemphysem 647.
 H. Altmann. Erkrankungen des Nervensystems nach Keuchhusten 799.
 Alvarez. Deformitäten der Röhrenknochen 172, 274. — Antipyrin 178. — Ernährung 795.
 Amat. Keuchhustenbehandlung 799.
 Amberg. Sublinguale Geschwulst 380.
 C. Amistani. Organotherapie bei Rachitis 792.
 Ammendola und Petrone. Antitoxische Fähigkeit der Leber 794.
 Amrein. Hereditäre Hexadaktylie 446.
 Anderodias und Buard. Kindertuberkulöser Mütter 792.
 Angels. Fußbodenöle 794.
 G. Anton. Beiderseitiger Kleinhirnmangel 799.
 Antonin. Serotherapie des Scharlachs 799.
 Apert. Angeborene Mißbildung der Ohren 587. — Barlowsche Krankheit 799.

- F. Aporti.** Meningismus 799.
Arabian und Veyrassat. Ruptur des Sternocleido-mastoideus 591.
Aramian. Diphtheriebehandlung 578, 799.
Aranda. Keuchhusten 799.
Armaignac. Angeborene Ophthalmia purulenta 578.
Armand-Delille und Camus. Funktionelle Kontraktur 101, 578.
Armman. Klumpfuß 212.
Arnd. Skoliose 276.
M. Arndt und F. Sklarek. Balkenmangel 499.
Arnheim. Persistenz des Ductus Botalli 379. — Nahrungsmengen des Brustkindes 573. — Pathogenese des Keuchhustens 799.
Arnold und Mentzel. Milch 416.
G. Arnone. Familiäre und kongenitale Herzerkrankungen 799.
Arnstein. Pseudomeningitis 99. — Konvulsionen 448.
H. Aron und C. Oppenheimer. Milch 685.
Aronheim. Koplik'sche Flecken 493.
Aronson. Scharlachstreptokokkenserum 32.
Aronstamm. Stoffwechselversuche an Neugeborenen 310.
A. Arraga. Buttermilch 573.
Arsian. Adenoide Wucherungen 785.
Arthus. Milch 417.
Aschaffenburg. Stimmungsschwankungen bei Epileptikern 519.
Ashby. Oertliche Panatrophie 62. — Chorea 561.
Aso. Milch 416.
Assmus. Erstlingsbekleidung 308.
d'Astros. Pleuritis 578. — Diphtherie 799.
P. Athanassow. Angeborene Skoliose 513.
Atlasoff. Entwicklung während der Schulzeit 177.
Aton. Adenoide Vegetationen 578.
Aubertin. Varizen am Schädel 87. — Diphtherische Lähmungen 193, 578. — Scharlach 372. — Ikterus 578.
Aubertin und Sevestre. Angina und Krüpp nach Serumtherapie 585.
Aubière. Prolongierte Diphtherie 375.
Auché. Hepatitis parenchymatosa bei Dysenterie 796. — Veränderungen der Mesenterialdrüsen und der Milz bei Dysenterie 796.
Audry. Granulosis rubra nasi 799.
Aufrecht. Subkutane Anwendung des Chinins 78.
Augier und Lavrand. Dermoid der Tonsille 260.
d'Auria. Umikoff'sche Reaktion 796.
Ausset. Meningitische Erscheinungen bei Magendarmkrankheiten 574. — Abstillen 574. — Präventivinjektionen von Diphtherieserum 578, 799. — Barlow'sche Krankheit 799. — Rheumatismus 799.
Ausset und Brassart. Meningitische Erscheinungen bei Magendarmkrankheiten 148, 574, 736.
Ausset und Oui. Säuglingsmortalität 591.
Aust. Milchversorgung 561, 574, 684.
Auvinet. Diphtherierekonvaleszenz 799.
G. Avanzino. Meningitis tuberculosa 799.
Avellis. Keuchhusten 95.
Aviragnet. Barlow'sche Krankheit 799.
E. C. Aviragnet und d'Oelsnitz. Akute Perikarditis - Pleuritisdiagnose 578.
Azéma. Tuberkulöse Bronchopneumonie 799.
Babonneix. Behandlung der Gastroenteritis 796. — Tonsillenerkrankungen 800.
L. Babonneix und Nobécourt. Chronische Osteoperiostitis 589.
Bach und Chodat. Milch 416.
Baculo und Coop. Pneumatogramme 792.
Badia. Milch in Buenos Aires 571.
Baduell und Gargano. Familienepidemie durch Fraenkels Diplokokkus 330.
Bagalà und Petrone. Milz und Thymus bei Anämie 792.
A. Baginsky. Scharlachstreptokokkenserum 32. — Magendarmkrankheiten 574. — Klinische Mitteilungen 578. — Stäitnodermie 800. — Plötzlicher Tod 800.
Baillet. Appendizitis 446.
Bailly. Friedreich'sche Ataxie 100.
F. A. Bainbridge. Milch 684.
Ballantyne. Pathologie und Hygiene des Fötus 232.
Ballerini. Influenza 226.
Ballin. Diphtheriebazill. b. Schnupfen 641, 800.
Ballin und Finkelstein. Waisenspflege und Berliner Kinderasyl 463.
Balter. Typhus 95.
L. des Bancel's. Milch 417.
Bandi. Antidiphtherieserum 265.

- Bandler.** Vulvovaginitis 635.
C. Banteigne. Tuberkulöse Peritonitis 578.
Bar. Intoleranz gegen Frauenmilch 244. — Nieren- und Leberläsionen bei Föten eklampischer Mütter 578.
P. Bar und Agnaud. Hämatocoele 800.
Bara. Urobilin im Blute des Neugeborenen 572.
Baranyai. Produktion sottomlinguale 389.
S. Baravalle. Anchylostomanämie 507.
Barbachano. Säuglingsmortalität 812.
Barbier. Psychopath. Minderwertigkeiten 447. — Chronischer Rheumatismus 578. — Diphtherische Anginen 800.
Barbier und Delcominette. Krippe in Liège 812.
Barbour. Kapillare Bronchitis 329. — Marasmus 800.
Bardach. Jodferratorse 406.
Bardet. Milchdiät bei Dyspepsie 574.
Bardin. Barlow'sche Krankheit 578. Prurigo 800.
A. Barillé. Wirkung der Kohlensäure auf Kalziumphosphat 684.
Barjon. Chorea bei Hysterie 578.
Barlerin. Vakzination 792.
Barsi. Febris typhoides helminthiaca 330.
Barth. Arzneimittel in der Kinderpraxis 469.
Bartenstein. Leberzirrhose bei hereditärer Syphilis 337. — Heald'sche Zonen 451. — Leberzirrhose 578.
Barthel. Sterilisation 574.
Fr. Barthélemy. Einfluß des Hospitalsmilieus 559.
Barthès. Thalassotherapie 407.
Bartley. Rohe Kuhmilch als Säuglingsnahrung 147.
Baruch. Mundpflege bei Schulkindern 667.
J. de Bary. Pneumatocele cranii occipit. 629.
Basch. Milchchemie 415.
Basile. Diazoreaktion bei Chloroformnarkose 438.
R. Bassenge. Milch 684.
Battistini. Gebirgsmärsche 368.
Baum. Abhärtung 23. — Scharlach 578.
Baumel. Tuberkulose 571.
Bäuminghaus und Schulte. Milch 417.
Baumm. Schädelimpression 587.
Alfred Baur. Das kranke Schulkind 524. — Hygienischer Bilderatlas 571.
Baurowicz. Verschuß der vorderen Nasenöffnungen 721.
H. Bayer. Milch 684.
Bayon. Kretinismus 768.
Bayr. Schulversäumnisse 794.
Beadles. Infantiler Skorbüt 745.
Beard. Diphtherische Lähmung 265.
Beardsley. Pylorusstenose 207.
S. E. Bearnés und A. M. Soule. Eiweiß 686.
Beau. Milch 684.
Becher. Thoraxdeformitäten und adenoide Wucherungen 810.
v. Bechterew. Habituelle Onanie 800.
Beck. Gesichtseckzeme 387. — Meningitis serosa 453. — Ekzembehandlung 663. — Zysten der langen Röhrenknochen 776.
Becker. Orthopädisches Korsett 47. — Volksschule 242. — Wald-erholungsstätten 384.
Beckmann. Milch 417. — Laktagol 574.
Beger. Milch 418.
Begroff. Keratosis follicularis 646.
Behla. Milch 418.
v. Behring. Tuberkulosebekämpfung 143, 571, 684.
Bejarano. Pädagogische Therapie der Taubstummen 178.
S. D. Belcher. Milch 684.
Belfiore. Intubation 443.
H. F. Bellamy. Tuberkulöse Peritonitis 800.
Bellotti. Postvakzinale Anämie 438.
Belzons. Mißbildungen der unteren Extremität 800.
Bender und Léry. Nebennierenatrophie 572.
B. Bendix. Ernährungsstörungen 574.
Benedetti. Leberfunktion bei Keuchhusten 792.
Benoit. Milchfermente 574, 684. — — Myxödem 800.
Béquinot. Ernährungsstörungen und Prurigo 796.
Beretta. Blutdruck 725.
Berg. Intubation 545.
Berger. Gelatine als Hämostatikum 145. — Auge und Kunst in der Schule 794.
Berginz. Zerebrospinalmeningitis 154. — Little'sche Krankheit 543. — Chronische parenchymatöse Nephritis 578. — Makroglossie 800. — Pachymeningitis haemorrhagica 800.
Berkenheim. Diabetes mellitus 651, 800.
Bernard. Typhus 334. — Hysterische Hemikontaktur 578.
Bernard und Sergent. Nebenniereninsuffizienz 353.

- Bernd.** Mitraliserkrankung 152.
J. Berninger. Schul- und Volkshygiene 571.
Bernson. Goutte de lait du Nord 591. — Geburtsgewicht 792.
Bernstein. Pathogenität der Blastomyceten 333. — Immunität nach Blattern 366.
Bertarelli und Volpino. Wutkrankheit 749.
Berti. Bleivergiftung 115. — Anomalien der Geschlechtsorgane 800.
F. Besançon und V. Griffon. Tuberkelbazillen 625.
Besson. Angeborene Cyanose 578.
Bettmann. Epidermolysis bullosa hereditaria 740.
Beutzen. Der hohe Gaumen 721.
Bezold. Hörprüfung 711.
M. Bibet. Tuberkulose der Lehrer 573.
Bichat und Goepfert. Peritonitis tubercul. 495.
Biel. Künstliche Säuglingsernährung 311.
Bignami. Gehirnverletzungen 664.
Bilhaut. Chronische Osteomyelitis 810.
Billings. Diphtherie 639.
Binet und Robin. Thalassotherapie 407.
Bischoff. Milch 314, 417.
C. W. Bischoff. Argentumkatarrh 578.
Black. Popliteal-Aneurysma 810.
Blackader. Typhus 197.
Blake und Mc Collom. Peritonitis bei Scharlach 644.
P. S. Blaker. Empyem 546.
H. Blanchet. Pneumokokkenempyem 579.
Blaschek. Sympathische Ophthalmie 298. — Markhaltige Nervenfasern 298.
Blauel. Bauchblasengenitalspalte 772.
Bloch. Magendarmkrankheiten 517. — Der hohe Gaumen 721.
C. E. Bloch. Anatomie des Magendarmkanales 574.
Blom und Oker. Milch 417.
Blondel. Milchserum 572.
Blubasch. Amaurose nach Meningitis 625. — Pyämie 635.
Blum. Endokarditis 256.
M. Blumenthal. Seröse Meningitis 768.
Böckel. Kongenitaler Volvulus 587, 810.
Bockenheimer. Bauchblasengenitalspalte 46.
E. Boinet und A. Raybaud. Angeborene Nierenzysten 587.
Boinet und Stephan. Rachitis tarda 503.
A. Boissard. Fötale Mißbildungen 587.
Boissard und Devé. Ernährung der Frühgeborenen 796.
Boivin. Ekzem 579.
v. Bókay. Lumbalpunktion bei Hydrocephalus 153. — Intubation 388.
P. Bolognini. Antrittsvorlesung 572.
Bombicci. Hämorrhagische Enkephalitis 453.
Bondi. Syphilitische Veränderungen der Nabelschnur 557.
E. Bonnaire und G. Bosc. Angeborenes zystisches Lymphangiom 587.
Bonnaves. Säuglingsmortalität in Toulouse 812.
Booker. Serumtherapie bei Sommerdiarrhöe 620.
Boot. Sommerdiarrhöe 245.
Borchard. Coxa vara 512.
Bordas und Ogier. Abgerahmte Milch 797.
Bordas und Raczkowski. Milch 417.
V. Bordes. Enuresis nocturna 579.
Bordier und Fabre. Bedeutung der Oberflächenmessung 574.
Borland. Koagulation des Blutes 792.
Borts. Hydrotherapie 482.
Bosanquet. Pyelitis 800.
G. Bosc und E. Bonnaire. Angeborenes zystisches Lymphangiom 587.
Boscolo. Influenzapneumonie 492.
Bossowski. Dünndarmatresie 772.
de Boucaud und Cabannes. Dacryadenitis 579.
L. Bouchacourt. Intoleranz f. Frauenmilch 574.
Bouchacourt und Jeannin. Meningitis purulenta 579.
Boulenger. Abnorme Kinder 569.
G. Bourcart. Diphtherie 640, 792.
Boureau. Angeborene Hüftgelenkluxation 810.
Bourneville. Idiotie und Infantismus 326. — Epilepsie, Hysterie, Idiotie 467. — Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder 667. — Mongolismus 668. — Schilddrüsen-therapie 669. — Fürsorge und Erziehung idiotischer, nervöser und zurückgebliebener Kinder 794.
Bourneville und Lemaire. Rachitis und Idiotie 668.
Bourneville und Poulard. Maladie des ties 448.
Bourragué. Kiefer-Sinusitis 587.
Bousquet. Milchfermente 574.
Le Boutillier. Aortenaneurysma 210.

- Boutin.** Erbrechen bei Diphtherie 579.
- Bouttiau.** Antistreptokokkenserum bei Bronchopneumonie 800.
- Bovaird.** Pneumothorax 653.
- Boxberger.** Thymustod 579.
- Boyé.** Intranasale Vaporisation 721.
- J. Boyer.** Idiotie 579.
- Bracci.** Chorea mit Athetosis 449.
- C. Brack.** Sehnenüberpflanzung 627.
- Branson und Dudgeon.** Pneumokokkenarthritis 810.
- Brassart und Ausset.** Meningitische Erscheinungen bei Magendarm-erkrankungen 148, 579, 736.
- H. Breitol.** Myxödem 579.
- Bresset.** Bericht der Poliklinik 346, 383.
- Breton.** Barlowsche Krankheit 378, 574, 579. — Jodquecksilber bei Lues 792.
- A. Brindeau.** Eingeklemmter Nabelbruch 587.
- Brion.** Zytodiagnostik 454.
- Brissaud u. Braundet.** Anekephalie mit Amyelie 800.
- A. Broca.** Klumpfuß 274, 587. — Précis de chirurgie cérébrale 571. — Syphilitische Pseudoparalyse 579. — Trepanation bei Schädel-fraktur 587. — Syphilis des Knie-gelenks 800. — Osteitis 810. — Schädeltrepanation 810.
- Brocchi.** Plombières-les-Bains 308.
- Brophy.** Gaumenspalte 510.
- Brown.** Sterilisierte, pasteurisierte oder rohe Milch? 189.
- Bruandet und Brissaud.** Anekephalie mit Amyelie 800.
- Bruch.** Fremdkörper im Magen 587.
- Brudziński.** Couveuses 439. — Angiom 443. — Mesenterialdrüsen 443. Chorea electrica 450. — Porencephalie 452.
- Brugsch.** Ligamentum caudale 305.
- Brühl und Nawratzki.** Rachenmandel und Gehörorgan bei Idioten 719.
- Brunard.** Consultation de nourrissons 114. — Extubation 800.
- Bruner.** Choroidealsarkom 511.
- L. Brunier und H. de Rothschild.** Angeborene Makrodaktylie 590.
- Brüning.** Lebererkrankungen und post mortale Oxydationskraft des Lebergewebes 129. — Urethritis gonorrhoeica 335. — Noma 395. — Vergiftungen 510. — Soxhlets Nährzucker 796.
- v. Brunn.** Pneumokokkenperitonitis 752.
- Brunon.** Goutte de lait 591. — Syphilis 800. — Keuchhusten 800.
- Brunon und Née.** Tuberkulose 579.
- Bruns.** Hysterie 396.
- Brush.** Typhus 95. — Aphthen 316.
- Bryce.** Vakzination 438.
- G. Buard und Anderodias.** Kinder tuberkulöser Mütter 792.
- Bucco.** Pseudoleukaemia splenica 800.
- Buchinger.** Elektrische Leitfähigkeit der Milch 417.
- Budin.** Säuglingssterblichkeit 281, 409, 591. — Assurances sur décès 348, 591.
- Bukolzer.** Nasogene Reflexneurose des Trigemini 721.
- Bukovsky.** Epidermolysis bullosa hereditaria 741.
- Bülrow-Hansen.** Luxatio coxae congen. 777.
- G. v. Bunge.** Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen 791.
- Burckhardt.** Paroxysmale Hämoglobinurie 256.
- Bureau.** Ekzem 579.
- Bürger.** Hemignathie 162.
- J. J. Burghard.** Angeborene Hüftluxation 562.
- Burnet.** Tuberkulöse Meningitis 800.
- Busalla.** Dekanülement 266.
- Butte.** Säuglingsernährung 353.
- P. Buttenberg.** Homogenisierte Milch 684.
- Butts.** Tonsillenhypertrophie 104.
- Buxbaum.** Abhärtung 21.
- G. Buzzi.** Myokarditis nach Masern 800.
- Cabannes und de Boucaud.** Dakryo-adenitis 579.
- Caccia.** Meningitis cerebros spinalis 41, 116. — Intubationsgeschwüre 116. — Retropharyngealer Abszeß 785. — Tracheotomie 785. — Thyreoiditis nach Vakzination 801.
- Cafferata.** Meningocele 587.
- Cahen-Brach.** Kolonektasie 389.
- Caillé.** Kreislaufstörungen 145. — Thymusvergrößerung 154. — Diphtherieserum bei Schulkindern 539.
- A. Calabet.** Ophthalmia purulenta 801.
- Calabrese.** Kinderlähmung 321. — Angeborene Cyanose 502.
- Calatraveno.** Säuglingsernährung 170.
- Calot.** Thalassotherapie 407.
- Calmus.** Subkutanes Emphysem bei Pneumonie 801.
- Calot.** Coxitis 810.

- Calsac.** Chronische Hirnleiden 801.
J. Calvé und Guillaume-Louis. Coxi-
tis 810.
Camerer sen. Stickstoffhaltige
Bestandteile im Urin und
Azidose 1.
Camino. Seehospiz in Hendaye 407.
de la Camp. Angeborene Herzfehler
163.
Campbell. Hernie 810.
Camus und Armand-Delille. Funktio-
nelle Kontraktur 101.
M. Canali. Chorea 579.
Cao. Diphtheriestatistik 458.
Capitan. Helminthiasis 801.
R. Caporali. Uebertragung des Pneu-
mokokkus von der Mutter auf den
Fötus 792.
Caporali und Orsi. Anaemia splenica
801.
L. Cappelletti. Neurasthenie 579.
Cardamatis. Amygdalitis 157. —
Noma 587.
Carel. Sterilisierte Milch 246.
Carlsburg. Augeneiterung der Neu-
geborenen 335.
J. Carlsen und Heiberg. Diphtherie
760.
Carpenter. Chorea 562. — Tuberku-
lose 564. — Splenomegalie 801.
Carr. Pneumonie durch Strepto-
kokken 199.
Carralero. Schnupfen und Syphilis
176.
Carrière. Kernisches Symptom
bei Typhus 34. — Vulvitis impeti-
ginosa 34. — Urämischer Menin-
gismus 498. — Masern 579. —
Chronische Bronchitis 579. — Bron-
chiektasie 579. — Tuberkulöse
Leberzirrhose 646 — Syphilis 801.
— Anämie 801. — Lungengangrän
801.
Niko Cassape und Wieting. Hoher
Steinschnitt 772.
Cassel. Herzfehler 330.
Mc Cassy. Schulleben und Gesund-
heit 794.
Castenholz. Rachitis 53. — Lehr-
stoffe der höheren Schulen 227.
Castro. Hydatidenzyste 322.
de Castro. Hygienischer Unterricht
in der Schule 666.
C. Cattaneo. Toxizität der Askariden
610. — Primäre Purpura 647, 801.
— Organotherapie bei Obstipation
792.
Cattaneo und Ferrari. Resistenz der
Blutkörperchen und Hämolyse 792.
E. Cantley. Chorea 562. — Tuberku-
lose 564.
J. Mc Caw. Paroxysmale Hämoglo-
binurie 509. — Ernährung und
Hygiene 791.
Cayrol-Blum. Säuglingsfürsorge 812.
Caziot. Scharlach 579, 801.
Cedivoda. Milch 416.
Cesarani. Keuchhusten 461.
Chambrelent. Typhus während der
Schwangerschaft 792.
Chance. Orbitalphlegmone nach Schar-
lach 267.
Chapin. Säuglingsernährung 312. —
Magenentwicklung 796.
T. Chappé. Tuberkulose des Peri-
kards 801.
Charles. Künstliche Ernährung 574.
Consultation de nourrissons 591.
— Steigerung der Milchsekretion
796.
Charrin und Léri. Läsionen des
Zentralnervensystems 801.
Chatelier. Retropharyngeal - Abszeß
47, 587.
Chatunzew und Morosow. Typhus
und Masern 643.
Chaumier. Multiple Abszesse bei
hereditärer Syphilis 587.
Chauvin. Schularzt 665.
Chavane. Angeborene Mißbildungen
587.
E. Chavialle. Hydrokephalus 579.
Cheinisse. Tuberkulose 572.
— Pylorusstenose 587.
Chéron und Jeannin. Herzmißbildung
587.
Chervin. Stottern 670.
Chevillet. Findelkinder 812.
Chiari. Angeborene Darmatresie 271.
Chizunoff. Polyneuritis acuta ascen-
dens 261.
Chmelař. Leukämie 85.
Chodat und Bach. Milch 416.
Christopher. Safranin - Zuckerprobe
317.
Churchill. Typhus 371.
Ciagliński. Tetanie 101.
Ciechanowski und Gliński. Darm-
atresie 445.
Mc Clanahan. Scharlach 373.
Clark. Bromtherapie 439.
Clemens. Rheumatismus und Typhus
579.
Clement. Adenoide Vegetationen 587.
Clerc und Weil. Anaemia pseudo-
leucaemica 38.
Clerfayt. Säuglingsernährung und
-fürsorge 408.
Clopatt. Knochenentwicklung beim
Fötus 482.
Codeca. Morbus maculosus Werlhofii
327.

- H. Coesfeld.** Verhaltensvorschriften bei Infektionskrankheiten 579.
- Coggi.** Antidiphtherieserum und Tetanus 335.
- H. Cohn.** Augeneiterung 298. — Schulaugenärzte 573. — Totales Ankyloblepharon durch Pemphigus 705.
- H. Cohn und Rübenkamp.** Buch- u. Zeitungsdruck 298.
- M. Cohn.** Coxa vara 630. — Plötzliche Todesfälle 737. — Angeborene Hüftgelenksluxation 810.
- Cohnheim und Soetbeer.** Magensaftsekretion 248.
- Coldefy.** Diphtherieserum 801.
- Collins.** Friedreichsche Ataxie 261.
- Mc Collom und Blake.** Peritonitis bei Scharlach 644.
- Colm.** Angeborene Hüftgelenksluxation 587.
- Colombani.** Ueberernährung 248.
- Colton.** Eklampsie 202.
- Comba.** Serumtherapie bei Colicystitis 117. — Poliomyelitis anterior 118. — Larynxstenose bei Masern 160. — Fremdkörper in den Luftwegen 218. — Barlow'sche Krankheit 801.
- Combe.** Nervosität des Kindes 465.
- J. Comby.** Serumbehandlung der Diphtherie 174, 580, 801. — Tuberculides cutanées 402. — Rezidivierende Masern 494, 579, 643. — Mahlzeiten 574. — Achondroplasie 579. — Barlow'sche Krankheit 579, 580, 801. — Wachstumsosteitis 630. — Roger'sche Krankheit 654.
- J. Comby und Grancher.** Traité des maladies de l'enfance 569.
- Concetti.** Aetiologie der Kardiopathien 119. — Phosphorbehandlung bei Rachitis 150. — Little'sche Krankheit 176. — Diphtherie-Rezidive 227, 338. — Künstliche Ernährung 312, 574. — Pseudobulbär-Paralyse 320. — Dermoide Geschwulst im Oberkiefer 769. — Lymphosarkom des Mesenteriums und Darms 784. — Pädiatrischer Unterricht in Rom 791.
- L. Concetti.** Gastrointestinale Toxinfektionen 796. — Echinokokkus 801.
- L. Confalonieri.** Alkaleszenz d. Blutes bei Mutter und Fötus 793.
- Conner.** Bronchopneumonie 801.
- Connors.** Milchmodifikation 189, 574.
- Conard.** Vincent'sche Angina 721.
- Conts.** Ependymitis 153.
- Cook.** Blutdruckbestimmung 142. — Wachstum und Pflege 242.
- Cooke.** Tetanus nach Schutzpockenimpfung 94.
- Coop und Baculo.** Pneumatogramme 792.
- Corletti.** Pott'sche Krankheit 346.
- Cormier.** Mastitis beim Neugeborenen 587. — Säuglingssterblichkeit 591.
- Cornet.** Tonsillar-Phlegmone 587.
- Cornil.** Nierenhistologie 572.
- Corson.** Dentitionsfieber 580.
- Cotter.** Retropharyngeal-Abszeß 213.
- Cotton.** Enge Windeln 164. — Verdauungsstörungen 245.
- Coudray.** Skoliose 277. — Collargol 587.
- Ch. Coulon.** Gewichtszunahme vor dem Tode 542, 796.
- Courclaire.** Hämorrhagie des Zentralnervensystems 206.
- F. de Courmelles.** Benützung der Instinkte 146. — Handarbeit 368. — Jugendspiele 484. — Congrès des médecins et des familles 539.
- Courtin.** Gumma 801. — Staphylokokken-Peritonitis 801.
- Courtin und Galtier.** Ophthalmia purulenta und Arthritis 580.
- Coutts.** Purulente Perikarditis 753.
- Couvelaire.** Hämorrhagien im Zentralnervensystem 580.
- Cozzolino.** Erythema scarlatiniforme desquam. recid. 157. — Thymus-exstirpation 218, 793. — Lobäre Pneumonie 329. — Anaemia pseudoleucaemia 650. — Oedem der Neugeborenen 783, 801. — Dürfen Frauen mit Albuminurie stillen? 796. — Atrophische Leberzirrhose 801. — Chronischer Hydrokephalus 802.
- Cozzolino und Pezzulo.** Hirndruck während des Erbrechens 219.
- H. Cramer.** Energiebilanz 442.
- K. Cramer.** Krüppel und Krüppelheime 517.
- Criado.** Ulcera corneae 172. — Paralysis pseudohypertrophica 176.
- Crisafi.** Leberfunktion und Lävulose 119. — Raynaud'sche Krankheit 120. — Jodophile Reaktion u. Glykosurie bei Keuchhusten 636, 785. — Oxydierende Fähigkeit der Zerebrospinalflüssigkeit 725.
- Croisier und Doustrebe.** Traumatische Epilepsie 166.
- Cronheim und E. Müller.** Säuglingsstoffwechsel und Sterilisation 149.
- Cruchet.** Buttermilch 574. — Little'sche Krankheit 580. — Myocarditis diph-

- therica 802. — Diphtherische Angina 802.
- Cruchet** und **Rocaz**. Angeborenes Myxödem 102.
- Crzellitzer**. Hysterische Blindheit 449.
- N. Cumming** und **F. C. Harrison**. Milch 685.
- Cumston**. Angeborene Schulterluxation 275. — Inguinalhernie 588.
- Ch. G. Cumston**. Spina bifida 588.
- Cuno**. Intubation 514.
- Curtis**. Sarkom 164.
- Cushing** und **Rotch**. Decapsulation der Niere 445.
- Cuthrie**. Tuberkulöse Peritonitis 192.
- H. Cuvillier**. Adenoide Vegetationen 505, 719, 802.
- Czerny**. Mästung und skrofulöse Hautaffektionen 57. — Photographien und Präparate von Lungen (Gregor) 401.
- Daae**. Herabgesetztes Hörvermögen bei Schulkindern 729.
- O. Dalsjö**. Myxödem 580.
- Le Damany**. Pleuraergüsse 354. — Angeborene Hüftgelenksluxation 810.
- Damianos**. Kniegelenkstuberkulose 161.
- C. Daniel**. Achondroplasie 580.
- Darby**. Enuresis 200.
- Darling** und **Sharples**. Frauenmilch 189.
- H. Dauchez**. Vakzination 802.
- Davies**. Milch 418.
- Davis**. Stillen 246.
- Dawes**. Varizellen 555.
- Deau** und **Todd**. Milch 418.
- Debauge**. Oesophagusstriktur 810.
- Debove**. Tuberkulöse Peritonitis und Infantilismus 580.
- E. Decherf**. Goutte de lait in Tourcoing 591.
- Decker**. Säuglingsernährung 796.
- Decroly**. Gelenkserkrankung bei Epilepsie 802.
- Decroly** und **Rouma**. Stottern 621.
- Degré**. Hydrokephalus chron. 153. — Therapie der Kinderkrankheiten 353.
- Deguy**. Gaumensegellähmung 101, 580. — Diphtherische Gaumensegellähmung 580, 760. — Laryngealabszeß 588.
- Deguy** und **F. Patry**. Diphtheriediagnose 580.
- Deile**. Lipoma tonsillae palatinae 721.
- Delamare**. Histologie des Dünndarms 606.
- A. Delbecque**. Klavikular-Fraktur 588.
- Delcominette** und **Barbier**. Krippe in Liège 812.
- Delcourt**. Krupp 92. — Otitis, Meningitis tub. 192, 455, 580. — Barlow'sche Krankheit 251, 580. Zyklisches Erbrechen 574. — Intubation 802.
- Deleau**. Mortalität 591.
- Delherm** und **Laignel-Lavastiné**. Meningitis serosa 205, 580.
- Delille** u. **Labbé**. Hereditäre Syphilis 582.
- Delmas**. Tuberkulose und Seehospize 385.
- Delobel**. Topographie des Ohres 793.
- Delvart**. Paramyoclonus multiplex 580.
- Demay**. Consultation de nourrissons 114.
- Demay de Certant**. Akute Bronchitis 580.
- Denis**. Puls und Blutdruck bei Diphtherie 580.
- Dereure**. Meningitis 580.
- Derocque**. Angeborenes genu recurvatum 588.
- Derscheid-Delcourt**. Digitus varus 111.
- Dérue** und **Laurent**. Gymnastik 412.
- Descos**. Tuberkulöse Seroreaktion 580.
- Desfosses**. Goutte de lait 591.
- Desmoulières**. Milch 416.
- A. Desmoulière** und **Weill**. Urologie und Neurosen 809.
- Detot**. Lungeninfarkte 580.
- Deuker**. Intrakranielle Komplikationen der Mittelohreiterungen 716.
- Deut**. Coincidenz von Masern und Scharlach 30.
- Deutsch**. Einweihung des Rothschild-Spitals 168. — Gratismilch und Ordinationsanstalten 515. — Ferienkolonien 783.
- L. Deutsch** und **Feistmantl**. Impfstoffe und Sera 786.
- Ch. Devé**. Consultation de nourrissons 591.
- Devé** und **Boissard**. Ernährung der Frühgeborenen 796.
- Dhourdin** und **Lalesque**. Keuchhusten 802.
- Diehl**. Blähhsals 258.
- W. Dierks**. Vererbung 573.
- Dietrich**. Wöchnerinnenasyle 51.
- Dieudonné**. Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie 469. — Milchchemie 684.
- Dieuzaide**. Typhus 580.
- Dillingham**. Röteln 372.
- Diot**. Ammen 795.
- Disse**. Durchgängigkeit der Darmwand für Tuberkelbazillen 143.

- G. Doberauer. Epiphysenosteomyelitis 632.
- H. W. Dodd und Mc Mullen. Schädelmißbildung 629.
- Dodin. Masernkrupp 340.
- Doebert. Scharlachendemie auf der Masernstation 30.
- Dolgich. Milch 417.
- K. Doll. Häusliche Pflege bei Infektionskrankheiten 516.
- A. Donval. Dysenterie 574.
- Douglas. Milch 416.
- Doustrebente und Croisier. Traumatische Epilepsie 166.
- Dreger. Vaccina generalisata 580.
- Dreher. Pulverbläser 518. — Tics 567.
- Drocque. Knochen- und Gelenktuberkulose 810.
- Droop. Milchchemie 416.
- Drozda. Akute Leukämie 37.
- Dsirne. Blasensteinooperationen 273.
- Dubois. Eitrige Meningitis 580. — Präventivinjektionen von Diphtherieserum 802.
- Dubois-Havenith. Fötale Ichthyosis 646.
- N. Dubreuil. Spina bifida 588.
- W. Dubreuilh. Granulosis rubra nasi 580.
- Duclaux. Syphilis 497.
- Ducroquet. Coxitis 345. — Pottsche Krankheit 345, 588. — Angeborene Hüftgelenksluxation 588, 810.
- Ducroquet und Besançon. Pseudarthrose 588.
- L. S. Dudgeon und Branson. Pneumokokkenarthritis 810.
- Duel. Larynxstenose 443.
- Duenas. Fieber 142.
- Dufour. Hämophilie 648.
- W. J. Dukelski. Vulvovaginitis 633.
- Dulau. Seehospiz in Cap-Breton 407.
- R. C. Dun. Obstruktion des Ileum 548.
- Dunn. Jodreaktion der Leukozyten 725.
- Durand-Viel. Blutdruck 572.
- Durante. Ophthalmia purulenta 491. — Adipositas dolorosa 783.
- Durante und Porak. Peritonitis 584.
- v. Düring. Syphilis-Immunität 156, 496.
- Dzierzowski. Vererbung von Immunität gegen Diphtherie 436.
- Edstein. Sklerodermie 36.
- Eckholm. Scharlachübertragung durch Milch 339, 418.
- Eckley. Vergleich zwischen Kindern und Erwachsenen 186.
- Edlfsen. Säuglingsmilch u. Milchpräparate 415.
- Edsall. Wiederkehrendes Erbrechen 191.
- Edwards. Varicella gangraenosa 492.
- Eeman. Rhinitis diphtherica 640.
- Eftler. Ziehkinderfürsorge 347.
- Efron. Angeborene idiopathische Herzhypertrophie 254.
- Egidi. Kehlkopfleiden nach Infektionskrankheiten 785, 802.
- Ehrström. Milch 418.
- Eichloff. Chemie der Milch 416.
- v. Eiselsberg. Darminvagination 48. — Kavernöses Angiom 351. — Uranoplastik 665.
- Eisner. Teratoma sacrale 511.
- Eitelberg. Taubheit nach Scharlach 713.
- J. Elgart. Akute Exantheme 670.
- Elsberg. Typhus 639.
- Elterich. Tetanie 153. — Ernährungsstörungen 574.
- Ely. Zyklisches Erbrechen 155.
- Emerson. Augenpflege bei Schulkindern 24.
- Engel. Schultzesche Schwingungen bei Bronchiolitis 20. — Kinderkrankenwagen 367.
- S. Engel und E. Turcsányi. Italienisches Findelwesen 593, 813.
- Engelmann. Stadtkinder 146. — Sporadischer Kretinismus 154.
- Engels. Fußbodenöle 309.
- Enjalbert. Coxitis 588.
- Ensch. Gehör und Nasenatmung bei Schulkindern 614.
- A. Epstein. Franzensbad 572.
- E. A. Eriksson. Vulvovaginitis diphtherica 580.
- Errea. Angeborene Hüftgelenksluxation 382.
- Ersettig und Schick. Diphtheriebazillen 457.
- Escherich. Behandlung der Nabelhernien mittels Paraffinpelotte 181, 174, 351. — Scharlachserum 174, 195. — Saturnismus 350. — Tetanoide Erkrankungen 626.
- Escott und Pozzi. Milch 416.
- Esmonet und Paguy. Persistenz des Meckelschen Divertikels 590.
- Eulenstein. Blutungen bei Eiterungen im Schläfenbein 715.
- Eustache. Puerikultur 126.
- Eversmann. Entbindungslähmungen 152.
- C. A. Ewald. Hysterische Autosuggestion 802.
- Faber. Todesursachen bei Diphtherie 91.

- Fabre.** Zentrifugierung der Milch 314, 574. — Umikoffsche Reaktion 575, 684. — Herpes zoster 646.
- Fabre und Bordier.** Bedeutung der Oberflächenentwicklung 574.
- A. de Fabritis.** Scharlachepidemie. 802.
- Fairbanks.** Hydrops 508.
- Faivre.** Myxödem 580.
- Falconnet.** Zirkuläre Konstriktionen des Penis 588.
- Falk.** Werlhoffsche Krankheit 94.
- W. Falta.** Diabetes mellitus 684.
- Géza Faludi.** Hämophilie 782.
- G. Faludi und L. Loránd.** Defectus sterni u. ectopia cordis 782.
- Farez.** Enuresis 802.
- Fatas.** Kindersterblichkeit in Madrid 171.
- Fatjo.** Intubation 174.
- Fatout.** Ueberernährung 796.
- Fauquet.** Fürsorge für Frauen 592.
- Favre.** Magenruptur 810.
- F. Fede.** Toxikämisches Oedem 220. — Nierensarkom 783. — Sublinguale Wucherung 784.
- F. Fede und G. Finizio.** Kasein 684. — Verdauung des Fleisches 796.
- Fedele.** Pseudokrapp 328. — Splenopneumonie 802.
- O. Federici.** Rachitis 549.
- Feer.** Situs viscerum inversus 399.
- Féjér.** Augenmuskelverletzungen 705.
- Feilchenfeld.** Epidemische Augenentzündungen in Schulen 794.
- Fein.** Adenoide Vegetationen 104.
- Feistmantl und L. Deutsch.** Impfstoffe und Sera 786.
- Felt.** Postdiphtherische Lähmung 458.
- Fenton.** Obstipation 796.
- M. Ch. Féré.** Reaktionen des Fötus auf psychische Emotionen der Mutter 19.
- Ferguson.** Milch 417.
- J. Ferrando.** Intubation 628.
- L. Ferranini.** Hereditäre, kongenitale Herzleiden 580. — Chorea 802.
- Ferrari.** Fürsorgewesen 812.
- Ferrari und Cattaneo.** Resistenz der Blutkörperchen und Hämolyse 792.
- G. Ferré.** Diphtherische Lähmungen 580.
- Ferreri.** Hörstörungen infolge langdauernden Stillens 785.
- L. Ferrier.** Diphtherieepidemie 802.
- Fiessinger.** Thalassotherapie 407.
- Fieux.** Milchsekretion 796.
- Figueira.** Semiologie 465.
- Filia.** Nephritis postimpetiginosa 118. — Streptokokkeninfektion 220. — Fermente der Frauenmilch 796. — Tetanie 802.
- Finder.** Lipome der Gaumenmandel 721.
- Finger.** Syphilis 157.
- G. Fingerling.** Milchsekretion 684.
- G. Finizio.** Stoffwechsel bei Adipositas 543. — Intestinale Infektion und Stickstoffbilanz 785.
- G. Finizio und F. Fede.** Kasein 684. — Verdauung des Fleisches 796.
- Finkelnburg.** Pupillenstarre bei hereditärer Syphilis 455.
- Finkelstein und Ballin.** Waisenpflege und Berliner Kinderasyl 463.
- Finkler.** Hygienischer Unterricht in der Schule 231.
- Fjodrowitsch.** Dickdarmirrigationen 620.
- Emil Fischer.** Milch 416.
- Fischer.** Darminvagination 108. — Zerebrale Pneumonie 151. — Diphtheriebehandlung 581. — Scharlachserum 645, 802. — Intubation 721.
- H. Fischer.** Hygiène de l'enfance 571.
- E. Fischer und E. Abderhalden.** Kaseinverdauung 684.
- Fischl.** Säuglingsernährung 246. — Uebersetzung von *M a r f a n s* Lehrbuch 523. — Elastisches Gewebe des Säuglingsdarmes 575.
- T. Fisher.** Chorea 561. — Tuberkulose 564.
- Fitschen.** Säuglingsernährung mit Vollmilch 312.
- Flachs.** Impftechnik 482.
- A. Flambart.** Fürsorge f. Schwangere 592.
- Flamini.** Bakteriurie 158. — Zerebrospinalflüssigkeit 536. — Immunisierende Tätigkeit des Histons bei Diphtherie 793.
- Flatau.** Panophthalmie 298.
- Fleischer.** Grünliche Verfärbung der Kornea 298.
- Flexner.** Bacillus Shiga bei Sommerdiarrhöe 620.
- Floren.** Darminvagination 108.
- Floyd.** Adenoide Vegetationen 505.
- Foa.** Geheilte Hirntuberkel 456.
- Fodor.** Diphtherie 388.
- Foggie.** Zerebrale Diplegie nach Keuchhusten 97.
- Föllinger.** Spasmus nutans 378.
- Fontanié.** Hämaturie 581, 802.
- C. Fonte.** Thomsensche Krankheit 768.
- Fontoyont.** Röteln 581.
- Foquet.** Barlow'sche Krankheit 652.

- Forestier** und **Trillat**. Milch 418.
R. Forget. Typhus 581.
J. C. Forster. Akute Alkoholvergiftung 747.
Foster. Das Kind 367.
Fothergill. Angeborener Kropf 211.
E. Fournard. Milch 684.
Fournier. Prophylaxe der Syphilis 571.
M. Fournier. Herzthrombose bei Diphtherie 581.
Foveau de Courmelles. Ausnützung der Instinkte 146. — Handarbeit 368. — Jugendspiele 484. — Congrès des médecins et des familles 539.
Fowler u. Rainy. Angeborene doppel-seitige Facialislähmung 43.
Francioni. Hirnsklerose 120.
Franck. Temperaturmessung und Fiebergrenze 238. — Irisatrophie 298.
M. François. Frühgeborene 538.
Frank. Nystagmus 113.
B. Fränkel. Kinderheilstätte in Belgiz 592.
E. Fraenkel. Erkrankungen des roten Knochenmarks b. Infektionskrankheiten 609.
Frankenberger. Atresie der Nasenhöhlen 769.
Frankl. Verschuß der Nabelarterien 365.
Franklin. Variola 802.
H. Frasey. Dermatitis noxialis 581.
Freeman. Kindersterblichkeit 659.
Fr. Frenzel. Hilfsschulen 791.
Frese. Vulnerabilität der Rekurrenfasern 76.
Fresling. Masern 459.
v. Freudenreich und Thöni. Milch 417.
Freudenthal. Adenoide Vegetationen 104.
W. Freund. Kardiospasmus 15. — Pylorusstenose 165. — Azetonurie bei diphtherieverdächtigen Anginen 296. — Verbreitungsweise der Masern 475.
Frey. Glykosurie bei Otitis 341. — Schläfenlappenabszeß 665.
Freytag. Otitische Pyämie 715.
Friderici. Subphrenischer Abszeß 213.
Friedjung. Glioma cerebri 41. — Diastase der Musculi recti 200. — Säuglingssterblichkeit 214. — Kinderhysterie 351.
Friedjung und Hecht. Katalytische Funktion der Frauenmilch 352, 368, 575, 684. — Apoplektiformer Insult 376.
Friedlander. Rheumatismus 370. — Peritonitis tuberculosa 495.
F. v. Friedländer. Zephalohydrocele traumatica 544.
L. Friedmann. Plötzlicher Tod und Thymushypertrophie 728.
Frien. Angeborene Zystenniere 588.
Frizzoni. Produzione sottolinguale 327.
Fröhlich. Strabismus inferior 298. — Kongenitale Skoliose 630. — Hüftgelenksluxation 810.
Th. Frölich (Christiania). Diabetes mellitus 252. — Harnsäurebildung 726. — Intermittierende Albuminurie 748.
Froelich (Nancy). Angeborene Skoliose 588.
Fromm. Sanatogen 78.
Frontini. Lungenhernie 785.
Fruhsholz. Syphilis 156.
Fuchsig. Angeborene Atresia et hyperplasia ilei 46.
Fuhrmann. Erythema nodosum 35. — Milch 417.
Fuld. Milch 417.
Fulton. Milch 418.
Fürst (Hamburg). Reinigung der Schulklassen 794.
Gagnoni. Einfluß der Sterilisation auf die Phosphorverbindungen 121, 417. — Eosinophilie beim Brustkind 221, 316.
Gailhae. Fremdkörper im Oesophagus 810.
Gaito. Pneumokokkenperitonitis 802. — Pharynx tuberkulose 802.
Galatti. Paralyse douloureuse 802.
Galatz. Syphilis und Amme 575.
Galdi. Herzchorea 802.
P. Galesescu und Manicattide. Leukozytose bei Masern 766.
Galitsis. Diphtherieserumexanthem 581.
Galtier. Gonokokkenarthritis 581. — Osteosarkom des Femur 588. — Syndaktylie 803.
Galtier und Courtin. Ophthalmia purulenta und Arthritis 580.
P. Galvagno. Gonokokkenperitonitis 554.
V. Gandini. Rektumstenose 810.
Gandy. Thalassotherapie 407.
Ganghofner. Fütterungstuberkulose 401, 581.
Gardner. Pylorusstenose 207.
Gargano und Badel. Familienepidemie durch Fränkels Diplokokkus 330.
Garnier und Roger. Schilddrüse bei Variola 585.

- Garnier und Santenoise.** Angeborene Rachitis 326.
- Gascard.** Kryoskopie der Milch 575.
- P. Gasching.** Fäulnis der Milch 575.
- R. Gasching und Tissier.** Milch 686.
- Gaudier.** Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen 588.
- Gaudini.** Hysterischer Opisthotonus 448.
- Gaulard und Rué.** Pflege der Brust 575.
- M. Gay.** Diphtherieserum bei Pneumonie und Meningitis 803.
- Gaye.** Thalassotherapie 407.
- H. Geerligs.** Sklerodermie 507.
- M. Geirsvold.** Diphtheriebazillen bei gesunden Menschen 731.
- Geissler.** Serumbehandlung der Diphtherie 337.
- Geldern.** Dyshyrieosis 257.
- Le Gendre.** Säuglingsernährung 575.
- G. Genersich.** Inkubationsperiode bei den Infektionskrankheiten 661. — Einfluß der Wiege auf die Schädelentwicklung 782.
- Génévrier.** Knochenwachstum bei tuberkulöser Arthritis 773.
- D. Gentile.** Diabetes insipidus 581.
- Georges.** Fußtuberkulose 810.
- Gérard.** Trachom 803.
- Gerber.** Labyrinthekrose 716.
- Gerber und Wieske.** Pasteurisation 575, 684.
- Gerlőczy.** Diphtheriebehandlung 170. — Masern 388.
- Germani.** Diphtherie 458.
- Germond.** Angeborene Halsfistel 588.
- Gernsheim.** Rahngemenge 83.
- Gershel.** Subkutane Abszesse durch Gonokokken 97.
- A. Geschwend.** Pneumonie 581.
- Gevaert.** Herpes zoster ophthalmicus 36.
- Gheorghio.** Achondroplasie 588.
- Ghislain und Houzel.** Hämorrhoiden 803.
- Gianesso.** Chorea 450. — Arsenikpräparate 784.
- Giarré.** Influenza 121, 785.
- Giarré und Picchi.** Akute Konjunktivitis bei Masern und Scharlach. Hämophile Bazillen 555.
- P. Giavotti.** Kryoskopie des Harns 615.
- Gibbon.** Darmverschluß und Peritonitis 810.
- Gieschen, Kerley und Myers.** Frauenmilch und Kuhmilch 541.
- R. Giffard.** Enterocolitis 575.
- Gillet.** Postvakzinaler Strophulus 35, 263. — Influenza 198, 581. — Milch 416. — Sterilisierte Milch 575. — Lipase in der Milch 575. — Barlow'sche Krankheit 581. — Fibrinöse Pneumonie 581. — Reismehl 796.
- Fr. Gillet.** Mekonium 575.
- Gilman.** Aphasie nach Masern 372.
- Glage.** Krankheiten der Milchkühe 415.
- Gliński und Ciechanowski.** Darmatresie 445.
- Glorieux.** Kinderlähmung 581.
- Gnezda.** Salokreol 20.
- P. Godin.** Anthropologische Messungen 791.
- Goepfert.** Diphtherie 159.
- Goepfert und Bichat.** Peritonitis tuberculosa 495.
- S. Gogitidse.** Milch 685.
- R. Goldschmidt.** Kommunikation zwischen Oesophagus und Lunge 511.
- Goldzieher.** Kryptophthalmus congen. 705.
- Goler.** Städtische Milchaufsicht 658.
- Gordon.** Amyotrophische Lateralsklerose 205.
- Gorini.** Vakzine 308.
- Görke.** Zystische Gebilde der hyperplastischen Rachenmandel 104.
- Gorochow.** Recto-Colpo-Perineoplastik 630.
- A. Gottstein.** Periodizität der Diphtherie 671.
- Graanboom.** Milchanalyse und Ammenwahl 731.
- Gradenigo.** Kehlkopfapillome 785. — Otologie, Rhinologie, Laryngologie 791.
- H. Graf.** Fürsorge für Schwachsinnige 794.
- Graham.** Milchmodifikation 245. — Keuchhusten 461.
- Grancher.** Tuberkulose 803.
- J. Grancher und J. Comby.** Traité des maladies de l'enfance 569.
- G. Granes.** Erziehung 794.
- Grazzi.** Adenoide Wucherungen 785.
- Greanelle.** Nystagmus 113.
- Greene.** Angeborener Inspirationsstridor 378.
- Greenfield.** Assimilationsgrenze für Zucker 608.
- Gregg.** Milch 416.
- Grégoire.** Milch 417, 617.
- Grelley.** Künstliche Ernährung und infantiler Skorbut 246, 575.
- Grenet und Achard.** Kinderlähmung 577.
- Grenet und Moizard.** Trachom 805. — Hämorrhagische Nephritis 805. — Typhus 805.

- Grèze. Masern und Tuberkulose 581.
 Griffin. Hereditäre Syphilis 455.
 Griffith. Zerebrospinal - Meningitis 99. — Typhus 197, 638. — Plötzliche Todesfälle 324. — Barlowsche Krankheit 326, 581. — Pneumonie und Pleuritis, eine Appendizitis vortäuschend 548. — Säuglingspflege 571.
 V. Griffon und F. Besançon. Tuberkelbazillen 625.
 Grimm. Lymphbehälter 309. — Prophylaxe 572.
 Grimmer. Tuberkulöse Otitis 718.
 H. Gripat. Keuchhustenbehandlung 581.
 Grisel. Angeborenes Fehlen der Musculi pectorales 803. — Wirbelkaries 811.
 Grob. Schiefwuchs und Kurzsichtigkeit 794.
 Grober. Masern 196.
 Groß. Osteomyelitis 165. — Angeborener Mangel der Schlüsselbeine 510. — Oesophagotomie 588. — Hydrophthalmus 705.
 Grosse. Angeborene Herzmißbildung 588.
 Großkopf. Epilepsie 102.
 Grösz. Bedeutung der Kinderheilkunde 168. — Ernährungsversuche mit Székelyscher Kindermilch 169, 190. — Alkoholische Hepatitis 386. — Typhus 662.
 Grotjahn. Volksernährung 440.
 Th. Gruber. Milch 417.
 Grumbach. Spannung der Fontanelle 793.
 Grünbaum und Mosse. Pathologie des Blutes 365.
 Grunert. Herniotomie 272. — Farbenblindheit 298. — Mittelohr 713. — Oogene Sinusthrombose 716.
 Grunert und Schulze. Jahresbericht der Ohrenklinik in Halle 716, 718.
 Fr. G. Grünfeld. Tuberkulose 803.
 Grünfeld. Multiple Exostosen 350.
 Grüning. Sinusthrombose 716.
 Grünwald. Ozaena 269.
 Guaita. Hygiene in Schule und Haus 286.
 Gûdjohnson. Adipositas dolorosa 575.
 Guérin. Variola 581.
 Guida. Chorea 449.
 Guidi. Hygiene des Kindes 286.
 Guillain und Marie. Pyramidenstrang bei Hemiplegie 582.
 Guillaume. Subpleuraler Tuberkel 495.
 Guillaume-Louis und Calvé. Coxitis 810.
 Guillemont und Méry. Milztuberkulose 160.
 Guillemont und Lequeux. Tetanus 803.
 Guimaraes. Influenza 264. — Aethylchlorid 778.
 Guinon. Chronischer Rheumatismus 98. — Barlowsche Krankheit 251. — Perikarditis 330, 581. — Hirntuberkel 456. — Bronchialdrüsentuberkulose 581.
 Guinon und Laurent. Barlowsche Krankheit 251.
 L. Guinon und Rist. Poliomyelitis ant. acuta 768.
 Günther. Scharlachepidemie 266.
 A. Gürber und B. Hallauer. Eiweißausscheidung durch Galle 685.
 Gutierrez. Thalassotherapie 407.
 Gutkind. Angeborene Herzfehler 255.
 Guye. Adenoide Vegetationen bei Schulkindern 667.
 E. Gyo. Appendizitis 771.
 T. v. Györy. Josef Csapó 781.
 de Haan. Angiosarkom der Leber 444.
 J. van Haarst. Milchuntersuchungen 685.
 Haas. Glasstäbchen für Augensalbe 705.
 M. Hackl. Für Mutter und Kind 571.
 Haeberlin. Angeborene Irisanomalien 705.
 van Haelst und Vercanteren. Pumonahernie 209.
 F. Hagelstam. Hereditäre Syphilis und Tabes 622.
 Hagemann. Milch-Konservierungsmittel 415.
 Hagenbach - Burckhardt. Pemphigus contagiosus 263.
 Hajek. Ozaena 269.
 Haïke. Meningitis tuberculosa 495.
 Haim. Angeborener Mangel der Fibula 45. — Knochenveränderungen bei Gelenksrheumatismus 492.
 Hakonson-Hansen. Reinhaltung der Schulen 794.
 Hala. Augensypilis 705.
 Halben. Anatomie der Tränenwege 706.
 Hall. Angeborene Darmdilatation 163.
 B. Hallauer und A. Gürber. Eiweißausscheidung durch Galle 685.
 Hallé und Jolly. Chlorose 650.
 Hallé und Méry. Ulzeröse Anginen bei Scharlach 267.
 Hals. Milch 416.

- F. Hamburger.** Arteigenheit und Assimilation 570.
Hamburger und Moro. Veränderungen des Blutes nach Seruminjektion 76.
Hamill. Sinusthrombose 206. — Säuglingsernährung 246.
Mc Hamill. Angeborene Herzerkrankung 444.
Mc Hamil und Nicholson. Infektionen der Neugeborenen 401.
Hammer. Pathologie des Neugeborenen 744.
Hammerschlag. Taubstummheit 711. — Sprachstörungen 713.
Hamonie. Thalassotherapie 407.
Hand. Tuberkulosestatistik 191.
Hanfmann und Richardière. Scharlach 807.
Hanke. Mißbildungen des Bulbus 706.
Hansberg. Kasuistik 716.
A. Hansson. Tetanus 581.
H. A. Harding, van Slyke und Hart. Milch 686.
Harison. Milch 417.
Harnoth. Milch 417.
J. F. Harris und Th. B. Osborne. Stickstoff in Eiweißkörpern 685.
F. C. Harrison und M. Cumming. Milch 685.
E. B. Hart. Milch 416.
E. B. Hart und L. van Slyke. Milch 686.
E. B. Hart, L. van Slyke und H. A. Harding. Milch 686.
M. Hartwig. Pyelitis 803.
Hasenknopf und Salge. Agglutination bei Scharlach 372.
Hastings. Bostoner Schwimmspital 51, 793.
Haug. Anästhesin 341. — Otitis media haemorrhagica 714. — Subjektive Ohrenscheinungen und die Genitalsphäre der Nase 721.
Haupt. Bindehautentzündung der Neugeborenen 706.
Hauser. Zyklische Albuminurie 803.
Haushalter und Hoche. Situs viscerum inversus 588.
Haushalter und Richon. Mißbildung des Herzens und Höhlenbildung im Rückenmark 634.
Haven. Scharlach 581.
R. B. Hawk. Eiweißkörper der Milch 685.
Haymann. Hasenscharten 379, 546.
Hébert und Kirmisson. Angeborener Defekt der Gallengänge 589.
Hecht. Sauerstoffinhalationen 20. — Influenza und eitrige Meningitis 99.
Hecht und Friedjung. Katalytische Funktion der Frauenmilch 352, 368. — Apoplektiformer Insult 376.
Heck. Katalytische Fermente der Frauenmilch 575.
Hecker. Henochsche Purpura 493. — Abhärtung 571, 803. — Kefir 613.
P. Heiberg und Carlsen. Diphtherie 760.
L. Heim. Lehrbuch der Hygiene 469.
Heim. Pathogenität des *Bacillus proteus vulgaris* 197.
Heimann. Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen 36, 298. — Medialtumor 216. — Otitis media 447.
Heine. Myopiefrage 706.
Heinemann. Psychosen und Sprachstörungen nach fieberhaften Erkrankungen 202.
Heinrich. Frauenmilchflora 84.
Hektoen. Osteogenesis imperfecta 249.
Helbing. Symmetrische Verbildung des Daumens 811.
Heller. Lichen ruber acuminatus 742. — Facialislähmung 803.
Heller und Souques. Angeborene Facialislähmung 585.
E. Hellesen. Stickstoffwechsel bei Adipositas 575.
Helm. Tiefkühlung der Milch 415.
Hélot. Nasendiphtherie 581.
Hencke. Osteomyelitis 306.
L. J. Henderson. Milchchemie 685.
Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten 286.
V. Henri und Larguier des Bancel. Milch 417.
Henrici und Suckstorff. Otitische Hirnerkrankungen 715.
Henseval. Mikroben der Milch 575.
Herdman. Psychosen und Schule 614.
Herford. Brückenkolobom 298.
Hermann. Nekrose des Warzenfortsatzes nach Scharlach 267.
Herrman. Schulaufsicht 440.
Hertel. Myopie 298.
Hertz. Akute Pharynx tuberkulose 721.
Herzheimer. Experimentelle Lungentuberkulose 187.
Herzberg. Streptokokken in der Mundhöhle 19.
R. O. Herzog. Milch 685.
Herzog. Papiermaché-Verbände 47.
Heß. Farbenblinde 706.
Hesse. Abtötung der Tuberkelbazillen 307. — Milch 407. — Impfschutzverband 439.
Heubner. Scharlach- und Diphtherie-Nephritis 373. — Barlowsche Krankheit 377. — Lehrbuch der Kinderheilkunde 523. — Notwendigkeit von Kinderkliniken 558. — Allgemeininfektion mit Soor 803. — Einweihung der neuen Klinik 812.

- Heureval.** Milchversorgung 407.
Heusner. Plattfuß 46. — Angeborene Hüftluxation 275.
Hewetson. Angeborener Kropf 112, 210.
Heymann. Schultinte 80.
v Hübner. Uterusprolaps 165.
H. T. Hicks. Sommerdiarrhöe 796.
Hilgenreiner. Suprakondyläre Fraktur des Oberarmes 776.
J. L. Hills. Milch 685.
Hinshelwood. Angeborene Syphilis 267.
Hinz. Hämoptoe 336.
v. Hippel. Kolobome 298.
Hirsch. Teilweiser Irismangel 298. — Hysterische Amaurose 298. — Blennorrhoea neonatorum 706, 751.
Hirschfeld. Das urnische Kind 398, 501.
Hirschl. Bericht über 1000 Neugeborene 349.
Hiß und Russell. Dysenterie-, Typhus- und ähnliche Bazillen 80.
Hittcher. Milch 417.
Hoche. Lebersklerose 654. — Infektiöser Bindehautkatarrh in der Schule 794.
Hoche und Haushalter. Situs viscerum inversus 588.
Hochhaus. Säuglingsspitäler 786.
Hochsinger. Kardiopathien 40. — Gesundheitspflege des Kindes 54. — Angeborener Stridor und Thymushypertrophie 393, 549.
Hoefmann. Skoliosenbehandlung 588.
Hoffa. Gelenktuberkulose 192, 581. — Schenkelhalsfraktur 811. — Sehnenplastik 811.
E. Hoff-Hansen. Kinderheilstätte in Juelsminde 592.
A. J. Hoffmann. Skarlatinöse Otitis media 644.
Hoffmann. Kleinkinderpflege 367. — Epityphlitis 811.
B. Hoffmann. Epityphlitis 588.
Hofmeister. Beinverkrümmung nach Kniegelenkresektion 109.
Hohl. Milch 417.
Hohlfeld. Tuberkulöse Meningitis im Säuglingsalter 287. — Erythema exsudativum multiforme 803.
Holst. Schularzt 665.
H. Holsti. Aspirationspneumonie 509.
Holt. Krankheiten des Säuglings- und Kindesalters 571. — Bazillus Shiga bei Sommerdiarrhöe 620.
Holt und Park. Ernährungserfolge mit verschiedenen Milchsorten 617.
S. Holth. Ulcus tuberc. conjunctivae bulbi 753.
Holub. Kopftetanus 159.
Holzer. Albuminurie 582.
Hommel. Kuhmilch 796.
Hönigschmied. Thigenol 366.
Honsell. Akute Osteomyelitis 774.
Hopfengärtner. Berliner Kinderklinik 383.
Hopmann. Mandelpolyp 721.
Hoppe. Angeborene Kreuzsteißbeingeschwülste 46.
Horand. Säuglingsfürsorge in Lyon 812.
Hotz. Milch 417.
Houdet. Milch 417.
Fr. Houssay. Säuglingsfürsorge 592, 812. — Aphthen 803.
Houzel. Thalassotherapie 407. — Hämorrhoiden 811.
Houzel und Ghislain. Hämorrhoiden 803.
Hraba, Kabrhel und Nelich. Lüftung und Heizung der Schulen 795.
Huber. Chorea minor 201. — Darminvagination 548.
Hubert. Ernährung mit Kuh- und Ziegenmilch 352.
Hudovering. Chorea minor 200.
C. H. Hudson. Milch 416.
Hugel. Klumpfuß 173.
A. Hugelshofer. Spondylitis 629.
Huguenin. Säuglingsernährung 575.
Hull. Keuchhusten 96.
Hutinel. Behandlung der akuten Gastroenteritis 369, 575, 803. — Barlow'sche Krankheit 582. — Syphilis 803.
Huyghe. Chorea 803.
Hymanson. Angeborene Asymmetrie 342.
Jabolotnoff. Pathologie der Nervenzelle bei Typhus und Diphtherie 144.
Jacobi. Peribronchitis und interstitielle Pneumonie 106. — Therapie des Säuglings- und Kindesalters (Lehrbuch) 285.
Jacobson. Ernährung mit Buttermilch 24. — Impetigo 582. — Keuchhusten 637.
O. Jacobson. Orthotische Albuminurie 803.
Jaeger. Meningococcus intracellularis 80.
S. Jäger. Darmbakterien bei Enteritis 736.
Jalaguier. Appendizitis 48.
Jambon. Wohlfahrtspflege f. Mütter 280.
Th. Jantzen. Vakzination 636.

- A. Japha.** Stimmritzenkrampf 803.
Jaspar. Abnorme Kinder 568.
Javillier. Milch 417.
P. Jeandelize. Schilddrüse 582.
Jeannin u. Chéron. Herzmißbildung 587.
Jegormin. Urämie nach Influenza 636.
Jehle. Pneumokokken-Agglutination 328.
Jelski. Provinzialsäuglingshäuser 114.
Jemma. Pharynxgangrän 443. — Tuberkulöse Meningitis 456. — Tuberkelbazillen 573. — Milchfermente 796.
Jennings. Autointoxikation 149. — Krupöse Pneumonie 200.
C. O. Jensen. Milchkunde u. Milchhygiene 685.
E. Jensen. Xerophthalmie 542.
B. Jeserski. Würmer im äußeren Gehörgang 628.
Jess. Kindermilch 685.
Illoway. Diphtherie 458.
Imbert. Nierentumoren 588.
Joachimsthal. Angeborene Hüft- und Kniegelenksluxation 811.
Jochmann und Moltrecht. Bronchopneumonie bei Keuchhusten 329.
Jocqs. Thalassotherapie 407.
Johannessen. Lehrer und Aerzte 729.
John. Multiple Spontanfrakturen 744.
Jolles. Milch 416.
Jolles und Zappert. Milchuntersuchg. 487.
Jolly und Hallé. Chlorose 650.
E Joly. Rektumprolaps 588.
T. Jonckheere. Hilfsschule 568.
Jones. Thymusvergrößerung 502.
R. Jones. Angeborene Hüftluxation 563.
Jonkers. Kindersterblichkeit 466.
Joseph. Herpes tonsurans 35.
Josias. Serotherapie bei Typhus 175, 265, 582, 750. — Widalsche Reaktion 178.
Josias und Roux. Behandlung der Tuberkulose mit Fleischsaft 175, 582.
A. Josias und Tollemer. Widalsche Reaktion 178, 572, 750.
Jouon. Hüftgelenksluxation und Coxitis 811.
F. Jouve. Hämorrhagie bei Diphtherie 804.
Jovane. Splenopneumonie 222. — Glykogen in der Leber 222. — Leberglykogen bei kolibazillären Infektionen 793. — Saugstörungen 796. — Tuberkulose 804.
A. H. Jubby. Angeborene Hüftluxation 563.
H. Judet und Touchard. Angeborene Patellar-Luxation 588.
Judson. Chorea 319.
J. Jundell. Antistreptokokkenserum bei Streptokokkenkonjunktivitis 553.
Kabrhel, Nelich und Hraba. Lüftung und Heizung der Schulen 795.
Kaestel. Angeborene Verlagerung der Niere 588.
Kaiserling. Blasenektomie 588.
S. Kalischer. Gangstörungen bei Tetanie 804.
Kalle & Co. Milch 685.
Kaloyèropulos. Oesophagoskopie und Oesophagotomie 777.
Kamann. Thoracopagus tetrabrachius 379.
Kammienski. Scharlachserum 764.
Kämnitz. Milch 418.
Kampferstein. Schimmelpilzinfektion des Glaskörpers 298.
Kander. Larynxstenose 106.
Kantorowitsch. Enuresis nocturna und adenoide Wucherungen 719.
Kaplan. Anatomie der Thymus 606.
Kapsammer. Enuresis 318, 352.
Karecowski. Ovarialzyste 445.
Karnitzki. Blut gesunder Kinder 75.
Karvonen. Entwicklung des Praeputium 481.
Kassowitz. Diphtherieheilsrum 337.
A. Kayserling. Tuberkulosesterblichkeit 592.
Keim. Infektionsquellen beim Neugeborenen 582.
Kelemen. Leberechinokokkus 387.
A. Keller. Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge 282. — Erfolge und Organisation der Seehospize 357, 395, 518. — Isolierung Infektionskranker 385. — Hochsterilisierte Milch 575. — Säuglingsfürsorge 592.
H. Keller. Wirkung des Solbades 612.
Kelley. Dermoidzysten 163. — Pseudohydronephrose 382.
Kemp. Diuretische Wirkung rektaler Irrigationen 77.
Kerley. Katarrhalische Pneumonie 329. — Sommerdiarrhöe 442.
Kerley, Gieschen und Myers. Frauenmilch und Kuhmilch 541.
Kerr. Augenuntersuchungen an Schulkindern 82. — Sommersterblichkeit 214, 490.
Kilmer. Keuchhusten 461.
Kimball. Gonorrhöe 635.
Kingsford. Tonsillentuberkulose 804.
Kinner. Wismutoxyd 490.

- Mc Kinney.** Blutung nach Tonsillotomie 811.
- Kirchner.** Molkereiwesen 415.
- Kirmisson.** Infantile Chirurgie 46. — Angiom 270. — Hasenscharte 344, 588. — Schenkelhalsfraktur 588. — Klumpfuß 811. — Appendicitis 811.
- Kirmisson und Hébert.** Angeborene Defekt der Gallengänge 589.
- Kirmisson und Rieffel.** Meckelscher Divertikel 589.
- Kirmse.** Infantiles Myxödem 622.
- Kirsten und Klein.** Milch 416.
- Kissel.** Noma 638.
- Kister.** Mikroorganismen der Butter 415.
- Kittel.** Keuchhusten 461.
- C. S. Klammer.** Zurückgebliebene Kinder 573.
- E. Klein.** Milch 418.
- St. Klein.** Leukämie 503.
- Klein und Kirsten.** Milch 416.
- G. Klemperer.** Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 413. — Milch 417.
- Klibonski.** Hydrotherapie 146.
- M. Klimmer.** Milch 416.
- Kloninger.** Nystagmus 766.
- Kluge.** Tuberkulose 191.
- R. Kluge.** Handbuch für Armenpfleger 516.
- Knoepfelmacher.** Riesenwuchs 351. — Barlow'sche Krankheit 351. — Säuglingsernährung und -Fürsorge 408. — Säuglingsernährung 489.
- Knoop.** Nabelschnurbrüche 773.
- Knox.** Sommerdiarrhöe 370, 620.
- Kober.** Uebertragung der Rindertuberkulose durch Milch 536.
- Kobrak.** Rheumatische Chorea 99. — Buttermilch 734.
- Kobrak.** Orogene Pyämie 716.
- Koch.** Psychopathien 102.
- Kohn.** Todesursachen bei Diphtherie 32.
- P. Köhne, Schiller und Schmidt.** Zwangs- (Fürsorge-) Erziehung und Armenpflege 516.
- Kokubo.** Angeborene Syphilis der Nebennieren 496.
- Kolbasenko.** Alkoholumschläge 612.
- Kölle.** Schwachbegabte in Spezialklassen 795.
- Kölliker.** Rachitische Deformitäten 49.
- Könietzko.** Mittelohrtuberkulose 718.
- König.** Ohruntersuchungen in der Dorfschule 381.
- Kopetzky.** Narkose 609.
- Koplik.** Typhus 197. — Krankheiten des Säuglings- und Kindesalters (Lehrbuch) 409. — Verhütung der Vulvovaginitis 554. — Baz. Shiga und Sommerdiarrhöe 620. — Tonsillentuberkulose 645.
- Koppen.** Atrophia nervi optici 298.
- Köppen.** Tuberkulöse Konstitution 406.
- Koerber.** Iriskolobom und Korektopie 706.
- Körner.** Ohren- und Kehlkopfclinik zu Rostock 103.
- J. v. Körösy.** Sterblichkeitstatistik von Budapest 592.
- Korschann.** Milchgeben bei einer neugeborenen Ziege 635.
- Korschun.** Milch 417.
- Korybut-Daszkiewicz.** Scheintod 439. — Milchfermente 441. — Ammenwahl 441. — Erythema nodosum und Muskelatrophie 508. — Lues hereditaria 754.
- Kos.** Ankyloblepharon 380.
- A. Kosinski.** Scharlachserum 763.
- Koun.** Keratomalacie 582.
- Kozerski.** Angeborene Ichthyosis 502.
- Krasnobajew.** Gastropse 655.
- Kraus.** Alopecia congenita familiaris 739.
- Fr. Kraus.** Sauerstofftherapie 19.
- W. Kraus.** Triferrin 613.
- Krauss.** Jequiritol 706.
- Krautwig.** Plötzliche Todesfälle 40. — Säuglingsfürsorge 785.
- Krebs.** Abhärtung 22.
- Kredel.** Fremdkörper in den Luftwegen 48. — Volvulus 273. — Darminvagination 771.
- Kreidl und Alexander.** Taubstumme 711.
- Krestnikoff.** Parotitis 334.
- Krogus.** Enterokystom 345.
- Kronfeld.** Die Zähne des Kindes 411.
- H. Kruckenberg.** Krüppelanstalten 517.
- Kruse.** Entartung 285. — Milchsäurebakterien und Streptococ. lanceol. 685.
- Kucharzewski.** Einfluß der Heilsera auf das Blut 482.
- Kuhn.** Hygiene des Unterrichtes 146. — Erythema nodosum 198. — Pulmonale Narkose 437. — Schulgebäude 795.
- A. Kühn.** Lungensequestrierung 653.
- Kuligo.** Angeborene Darmstenose 207.
- Kumagawa und K. Suto.** Milch 685.
- Kurrer.** Dextrokardie 509.
- F. Kuschel.** Backhausmilch 575.
- Fr. Kutscher.** Milch 416.
- Küttner.** Pseudoappendicitis 109.

- Labasse.** Spezifisches Gewicht der Milch 575.
- Labbé.** Urinbeschaffenheit bei Scharlach und Diphtherie 374. — Alimentäre Chlorurie 616. — Pleuritis purulenta 804.
- Labbé und Delille.** Hereditäre Syphilis 582.
- Labusquière.** Vulvovaginitis 582.
- Lacaille, Lyon, Loiseau.** Arzneimittellehre 355.
- Lacasse.** Arthritis 811.
- Lachowski.** Veränderungen der Prostata 607.
- Ladd.** Säuglingsernährung 25.
- Laengner.** Angeborene Geschwülste der Sakralgegend 272.
- Laessig.** Milchwirtschaft 415.
- Laiguel-Lavastiné und Delherm.** Meningitis serosa 205.
- Laisney.** Milchsekretion 247.
- Lalesque.** Thalassotherapie 407.
- Lalesque und Dhourdin.** Keuchhusten 802.
- N. v. Lallich.** Echinokokken 505.
- Lam.** Milch 417.
- Lamacq-Dormoy.** Erbrechen und Azetonämie 575.
- Lamarquo.** Thalassotherapie 407.
- Lamas und Ricaldoni.** Landry'sche Paralyse 500.
- Lambert.** Trachom in der Schule 82.
- Lambinon.** Laktagogen 576. — Gewichtszunahme vor dem Tode 576. — Säuglingsfürsorge 591, 658.
- Lamblin.** Urethral-Prolaps 589.
- Lambret.** Inguinalhernie 589.
- Lämmerhirt.** Multiple Larynxpapillome 344.
- Lamy und Terrien.** Herzspitzenstoß 607.
- Lance und Lancevin.** Ankephalie 582.
- Lancevin und Lance.** Ankephalie 582.
- Land.** Morphologie des Diphtheriebazillus 793.
- Landolph.** Milch 416.
- Landry.** Rheumatismus 582.
- M. Landsberger.** Bakteriengehalt des Darmkanals 797.
- de Landtsheer.** Rezidiv von Masern 804.
- de Landtsheer und van de Velde.** Milchfermente 577, 687.
- de Lange.** Phosphaturie 26. — Zystitis 445.
- v. Lange.** Längenwachstum 80.
- Langemak.** Peritonitis 108.
- J. Langer.** Isoagglutinine 75, 186. — Milch 416.
- Langevin.** Angeborene Mißbildung des Darm 589.
- Langlet und Mantoux.** Multiple Exostosen 46.
- L. Langstein.** Zerebrospinalflüssigkeit bei chronischem Hydrokephalus 726.
- Lannelongue.** Syphilis hered. tarda 582.
- Lapin.** Bronchiektasien 746, 804.
- Laquer.** Wismut 307. — Schularzt 665.
- Laqueur.** Hereditäre Augenerkrankungen 706.
- Large.** Adenoide Vegetationen 505.
- Larguier des Bancelis und Henri.** Milch 417.
- Larrivé.** Verzögerte Sprachbildung 669.
- Lasniée.** Säuglingsernährung 576.
- Latour.** Thalassotherapie 179. — Barlow'sche Krankheit 251.
- Latzko und Sternberg.** Hemikephalus 452.
- Launois und Le Marc Hadour.** Angeborene Mißbildung des äußeren Ohres 589.
- Laurent.** Hydrotherapie 572. — Angeborene Hüftgelenksluxation 811. — Blasenektrophie 811. — Uranostaphylorrhaphie 811. — Klumpfuß 811. — Nabelhernie 811.
- Laurent und Dérué.** Gymnastik 412.
- Laurent und Guinon.** Barlow'sche Krankheit 251.
- Lautenbach.** Postnasale Wucherungen 156.
- Lauterwald.** Milch 416.
- de Lavarenne.** Kindersterblichkeit 592.
- Lavergne.** Thalassotherapie 407.
- Lavrand und Augier.** Dermoid der Tonsille 260.
- W. A. Lay.** Experimentelle Didaktik 523.
- Leavitt.** Medikamente in der Kinderheilkunde 793.
- Leber.** Zirkulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges 706.
- Lecerf.** Multiple Hautabszesse 804.
- Leclerc.** Nabelinfektion 582.
- Ledé.** Milchanalyse 576, 685.
- Leegaard.** Diphtheriebazillen bei gesunden Schulkindern 730.
- D. B. Lees.** Chorea 561.
- Lefebvre.** Tinea 81.
- Legou.** Entwicklung des Fötus 572.
- Legrand.** Thalassotherapie 407. — Ernährung. Infektionskrankheiten (Lehrbuch) 410. — Consultation de nourrissons 592.
- M. Leibsohn.** Säuglingsernährung 797.
- Leiner.** Mediastinales Emphysem 653.
- Leitner.** Kolobom 388. — Angeborene Augenkrankheiten 298.

- Lemaire.** Angeborene Cyanose 589.
Lemerle. Angeborene Cyanose 804.
Lemiére. Versicherungsgesellschaften und Kindersterblichkeit 592. — Milchversorgung 797.
O. Lendrop. Bericht über Martha-hjemmet 592.
Lenhart. Empyem 271.
Lepent. Bronchopneumonie 582.
Leprince. Augenuntersuchungen in der Schule 573.
Lequeux. Mißbildungen beim Fötus 589.
Lequeux und Guillemot. Tetanus 803.
Léri und Charrin. Läsionen des Zentralnervensystems 801.
Léri und Vurpas. Anenkephalus 586.
R. Leriche und A. Poncet. Zwergwuchs 502.
Leroux. Mediastinal-Lymphadenom 164, 582. — Seekur der Peritonitis tuberculosa 336, 407.
Leschziner. Bakterienmengen in den Säuglingsfäces 735.
Lessenich u. F. A. Schmidt. Körperliche Entwicklung und Schulerfolg 795.
Leubuscher. Thymustod 258.
Levasseur. Angeborene Amputationen 811.
Leven. Magendurchleuchtung 572.
G. Lévi. Laktation 797.
L. Lévi und de Rothschild. Angeborene Facialislähmung 582, 766.
Levinsohn. Histologie angeborener Augenanomalien 706.
Levoz. Besserungsanstalten 569.
Levy. Ernährung mit Pegninmilch 313.
Lévy-Bing und Schwab. Syphilis 808.
Lewin. Das Gehörorgan bei Diphtherie 339.
Lewy. Scharlachotitis 714.
Ley. Schularzt 666. — Schlechte Wohnheiten 769.
Lichtwitz. Diphtherieheilserum 91.
Lidmanowski. Koplik'sche Flecken 766.
Liebe. Landerziehungsheim gegen Tuberkulose 812.
V. Lieblein. Coxa vara 589. — Artikulierender Gipsverband 777.
Liebscher. Influenzabazillen bei Masern und Scharlach 30.
Lilienfeld. Kavernöses Angiom der Finger 775.
Lindemann. Osteogenesis imperfecta 251.
J. B. Lindsley. Milch 685.
Linsbauer. Barlow'sche Krankheit 168. — Das Wiener Jubiläums-Kinderspital 389. — Pseudomembranöse Laryngitis bei Masern 643.
Linser. Nebennieren und Körperwachstum 76. — Juvenile Tabes 204.
Lisjetzki. Tumor in der Bauchhöhle 631.
Lissauer. Oberflächenmessungen an Säuglingen 735.
Llorente. Serumtherapie der Diphtherie 174.
Lloyd. Diabetes mellitus 550.
Lobsien. Gedächtnis der Schwachbefähigten 447.
Lochte. Käsevergiftung 415.
Löffler. Mortalität bei Entbindungen 812.
Loevenhart. Milch 417, 685.
Löwe. Ernährung und Pflege des Kindes 235.
Löwy. Hasenscharte 589.
A. Logez. Angeborenes Lymphangiom und Makrocheilie 589.
Loiseau, Lyon und Lacaille. Arzneimittellehre 355.
Loisel. Ueberernährung 797.
Lomax. Diabetes mellitus 86.
Long. Fieber und Konvulsionen 804.
Long-Savigny. Thalassotherapie 407.
Longfellow. Diphtherie 193.
Longo. Noma 222. — Diphtheriebazillen 537.
Loock. Säuglingsmilch 685.
Lop. Pseudohermaphroditismus 582.
L. Loránd und G. Faludi. Defectus sterni und ectopia cordis 782.
Lorthioir. Angeborene Zysten am Halse 112. — Blasenektomie 208.
G. Lotheissen. Nabelschnurbruch 547.
Loubry. Angeborene Lebersyphilis 582.
Lövegren. Paralyse douloureuse 320.
Lovett. Plattfuß 212.
A. Low. Mekonium 607.
Lowenburg. Gonorrhöe 97.
G. Lucangeli. Hysterie 804.
E. Luisada. Die Nervenzelle bei Meningitis 624.
A. Lumière, Weill u. Péhu. Gelatinebehandlung bei Diarrhöe 577.
K. Lundgren. Intubation 546.
Lust. Consultation de nourrissons 113, 592. — Puerikultur 559.
S. Lustgarten. Akute Leukämie 804.
Lutier. Meningitis tuberculosa 804.
G. Luttwig. Chronische Tetanie 767.
Lützhöft. Kongenitaler Morphinismus 657.
A. Lux. Bakteriengehalt der Milch 797.
Lyon, Loiseau und Lacaille. Arzneimittellehre 355.
Maas. Hörstummheit 565.
Maass. Bericht über chirurgische Erkrankungen 279. — Operation am Meckel'schen Divertikel 811.

- O. Macé. Soor 804.
Machado. Kongenitaler Kropf 744.
Mackay. Pylorusstenose 804.
Mackenzie. Vakzination und Kindersterblichkeit 462.
Macone. Pneumokokkeninfektion 804.
Macrez. Arzneimittellehre 571.
Maggione. Organotherapie mit Milz 793.
R. Maggiora. Diphtherieheilserum 572.
Magni. Histologie der Thymus 122.
Magrassi. Statistik 462.
Maguire. Pemphigus contagiosus 804.
Mahar, Nau und Rose. Anaemia pseudoleucaemica 86.
Mairesse. Tuberkulöse Lungenkavernen 804.
L. Maisel. Malaria 582.
A. Malagodi. Pseudotetanus 507.
Malato und Sanfelice. Pocken 31.
Malherbe. Otitis media 589.
Malinowski. Diphtherie und Scharlachkrupp 458. — Scharlachserum 762. — Scharlachnephritis 763.
O'Malley. Diphtherieheilserum bei Bronchopneumonie 32.
G. Mallié. Milch 685.
v. Mangoldt. Knochenhöhlen in der Tibia 49.
Manicatide. Keuchhusten 752.
E. Manicatide und Galesescu. Leukozytose bei Masern 766.
Mann. Säuglingsernährung 25.
Mannini. Friedreichsche Ataxie 451.
Mantoux und Lenglet. Multiple Exostosen 46.
Maragliano. Milch 685.
O. Marburg. Infantile und juvenile Tabes 622.
Marcadour und Variot. Scharlachotitis 31.
Le Marc Hadour und Launois. Angeborene Mißbildung des äußeren Ohres 589.
Marcolongo. Organotherapie mit Thymus. 793.
Marcus. Tetanus neonatorum 95, 582.
Maresch. Lymphangiom der Leber 109.
Marfan. Traité de l'allaitement (Lehrbuch) 54, 523. — Intubation 174, 589. — Milzvergrößerung bei Syphilis 177, 268, 582. — Säuglingssterblichkeit 283. — Intestinale Autointoxikation 576. — Tracheotomie 589.
M. Margouliès. Goutte de lait 559.
Margulies. Milärtuberkulose 335.
Marie und Guillain. Pyramidenstrang bei Hemiplegie 582.
A. Marina. Muskeldystrophie 582.
Le Marinel. Skoliose 125.
Marmol. Scharlach und Erysipel 804.
Marpmann. Milch 418, 685.
Marsden. Invasionsstadium bei Masern 764.
Martell. Fröhntuberkulose und Kalmel 87.
Martin. Pleuritis 583.
C. Martin. Nachkrankheiten nach Angina 804.
L. Martin. Diphtherieheilserum 572, 611.
V. Martin. Paralytische Luxationen 274.
Martina. Hypospadie 772.
Martiréné. Angeborener Defekt der musculi pectorales 343.
Martuscelli. Kehlkopfleiden nach Infektionskrankheiten 785.
Masbrenier. Intubation 589.
P. Masmonteil. Enuresis 804.
v. Massanek. Chorea minor 319. — Nierentuberkulose 780.
Massei. Adenoide Wucherungen 785. — Kehlkopfleiden nach Infektionskrankheiten 785.
Mastin. Säuglingsernährung 245.
P. Mathieu. Rachitische Deformitäten 745. — Kongenitaler Stridor. 804.
Matteucci. Ectopia cordis 444.
Mattoso. Typhus 750.
Maturié. Keuchhusten 583.
Matzenauer. Syphilis 157, 350, 754.
Mauclaure. Hydronephrose 589.
Mauclaure und Inffroit. Hinken 589.
Mauderer. Milch 685.
Maul. Schulturnen 795.
Maurel. Säuglingsernährung 234.
Maurer. Anschauungsvermögen der Kinder 795.
J. Mayer. Rachitis 805.
Ch. Maygrier. Consultations de nourrissons 515. — Kephälhämatom 589. — Mißbildungen 589. — Hernia diaphragmatica 589.
Maygrier und Saillant. Angeborener Darmverschluß 589.
Mazzeo. Thyreoidatheorie 436. — Bacterium coli 794.
Meillère. Milchfrage. 576.
Meissl und Zangemeister. Mütterliches und kindliches Blut 185.
Mellin. Bakteriurie 317.
Melzi. Enuresis 805.
Mendel. Infantiles Myxödem 44.
Mendelssohn. Thalassotherapie 407.
Menzio. Milch 416.
Mensi. Hassalsche Körperchen 141. — Anaemia splenica 216, 805. — Nierenläsionen 217. — Sepsis des Atmungsapparates 330. — Nasendiphtherie 457. — Nephritis der

- Neugeborenen und Säuglinge 656.
 — Bronchopneumonie bei Findelkindern 659. — Lävulosurie 783.
 — Splenomegalie und Melaena bei Syphilis 784. — Säuglingsdyspepsie 784. — Thymus 794. — Infektionen beim Frühgeborenen 794.
Mentzel und Arnold. Milch 416.
J. A. Mercier. Variola 583.
Mercklen und Nobécourt. Milch 416.
Merhaut. Kindermehle 734.
C. Merletti. Soorbehandlung 505.
Merlo. Adenoide Vegetationen 745.
Méry. Prophylaxe der Infektionskrankheiten 49, 592. — Typhus 371, 583, 805. — Säuglingsernährung 576. — Säuglingsdyspepsie 576. — Anaemia pseudoleucaemia 583. — Syphilis 583, 805. — Chronische Nephritis 583. — Hysterie 583. — Anaemia perniciosa progressiva 805. — Infektiöse Gastroenteritis 805. — Konvulsionen 805. — Chronischer Rheumatismus 805. — Aortenaffektionen 805. — Säuglingsfürsorge 813.
Méry und Guillemont. Milztuberkulose 160. — Arthritis deformans 583.
Méry und Hallé. Ulzeröse Anginen bei Scharlach 267.
Méry und Villemain. Ovarialsarkom 589.
R. Mesnil. Stillfähigkeit 540.
Mettler. Syphilis und Chorea 497.
Mewborn. Tinea 506.
Meyer. Crédé'sche Silbertherapie 298.
A. Meyer. Magensaftsekretion 576.
Betzy Meyer. Bakterizides Vermögen der Milch 84, 416.
E. Meyer. Eiweißgehalt der Frauenmilch 416.
F. Meyer. Aronsons Streptokokkenserum 187.
W. Meyer. Angeborene Blasenektomie 511.
Meynier. Achondroplasia 216. — Rigasche Krankheit 258, 784. — Megakolon 784. — Purpura 805.
Mezbourian. Infantile Lähmung 811.
Miceli-Capurbano. Masern 583.
Michaelis. Zerebrospinalmeningitis 375.
Michalovitch. Vulvovaginitis 805.
Miche und de Stelle. Postdiphtherische Lähmung 91.
Michel. Innervationsstörungen des Halssympathikus 706.
Micchelland. Stimmritzenkrampf 805.
Miele. Milch 416.
Mills. Tonsillitis 106.
Minelle. Alkohol 572.
Mishima. Schulwesen in Japan 667.
Mitchell. Amygdalitis 157. — Kapillarbonchitis 746.
Mocquot. Das Rousse'sche Gesetz 347, 592.
Modena. Zerebrale Kinderlähmung 468.
Moermann. Milch 417.
Mohr. Rindviehhaltung und Milchwirtschaft 415.
Moizard und Grenet. Trachom 805. — Hämorrhagische Nephritis 805. — Typhus 805.
J. Möller. Adenoide Vegetationen 104. — Bakteriämie und Sepsis 635.
Moltrecht und Jochmann. Bronchopneumonie bei Keuchhusten 329.
del Monaco. Diphtherieheilserum bei Aphthen 491.
Moncorvo. Syphilis 754.
Mongour. Intravenöse Injektionen von Diphtherieheilserum 159, 572.
Monnier. Diphtherie 583.
Monrad. Koplik'sche Flecken 557.
Monsarrat. Tuberkulose 583.
Montefusco. Krupp 805.
Montfort. Enuresis 451, 805.
Monti. Serumexanthem 32, 91. — Ernährung mit Frauenmilch 309. — Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 571.
Monti (Pavia). Sklerem und Sklerödem 664.
de Moor. Schularzt 665.
Moore und Revis. Milch 418.
Morax. Augenerweiterung der Neugeborenen 583.
Moreau. Goutte de lait in Angers 592. — Säuglingsambulatoiren 658.
Morison. Opium bei Karditis 805.
A. Morlat. Infantilisimus und Nebennieren 583.
E. Moro. Biologische Fragen zur Säuglingsernährung 576.
Moro und Hamburger. Veränderungen des Blutes nach Seruminjektion 76.
Moro und Schloßmann. Milch 417, 686. — Ernährung des Erwachsenen mit Kuh- und Frauenmilch 732.
Morosow und Chatunzew. Abdominaltyphus und Masern 643.
Morquio. Angeborene Variola 336, 583.
Morse. Retropharyngealabszeß 106. — Säuglingsdiarrhöe 190. — Milzvergrößerung und Anämie 254. — Pneumonie bei Säuglingen 328. — Otitis media 380. — Typhus 555. — Zystenniere 805.
Moser. Scharlachstreptokokkenserum 31, 32, 493.

- M. Mosny.** Schularzt 665.
Mosse. Angeborene Herzfehler 806.
Mosse und Grünbaum. Pathologie des Blutes 365.
Motschan. Leberveränderungen bei akuten Infektionskrankheiten 610.
Motta. Hüftgelenksluxation 216.
Mouret. Kinderschutz 592.
A. Moussous. Isolierung in Spitälern 514, 592, 779.
Moussous und Rocaz. Zerebrospinalmeningitis 205, 583.
Mouton. Aproxia nasalis bei Schulkindern 795.
Moynihan. Pylorusstenose 629.
Mracek. Hereditäre Syphilis 350, 351.
Muggia. Angeborene Lähmung der vier Extremitäten 218. — Achondroplasie 218. — Nutrice e lattante 286. — Athrepsie 784. — Toxikämisches Oedem 784.
Muir. Mongolismus 154.
Mülberger. Familiäre amaurotische Idiotie 706.
Mc Mullen und H. W. Dodd. Schädelmißbildung 628.
Müller. Chronische Chorea 583.
E. Müller. Ernährung mit Odda 313.
E. Müller und Cronheim. Sterilisation und Säuglingsstoffwechsel 149.
Georg Müller. Angeborene Hüftverrenkung 113.
P. Th. Müller. Milch 417.
Mullie. Kindermilch 407.
Muls. Pseudohypertrophie der Muskeln 205.
P. L. Mummery und Pearson. Empyem 806.
Muniagurria. Skoliose durch Typhus 583.
J. L. Munson und Tolman. Jodabsorption der Fette und Öle 686.
Muzzarelli. Zerebrin 440.
Mya. Leberzirrhose 38, 122. — Lebersarkom 122. — Fremdkörper im Oesophagus 224. — Larynxstenose nach Diphtherieseruminjektion 225. — Hypoglottisches Oedem infolge von Diphtherieseruminjektionen 527, 785. — Protrahiertes Fieber 534.
Myers, Kerley und Gieschen. Frauenmilch und Kuhmilch 541.
Mygind. Lupus pharyngis 263.
Myles. Nasenrachentonsillen 156.
Nager. Taubstumme 711.
Nagy-László. Kinderforschung 663.
L. Natanson. Milchpasteurisierapparat 797.
Nathan. Empyem 209.
Nathan und Voisin. Kongenitale symmetrische Mißbildungen 591.
M. Natia. Gehörstörungen 583.
Nau. Multiple Mißbildungen 811.
Nau, Mahar und Rose. Anaemia pseudoleucaemica 86.
Naudin. Säuglingsernährung 797.
M' Naughton. Parotitis 491.
Nauwelaers. Arthritismus 251.
Naveiro. Tollwut 806.
Nawratzki und Brühl. Rachenmandel und Gehörorgan bei Idioten 719.
Nebelthau. Tuberkulose 494.
Zur Nedden. Influenzabazillen-Konjunktivitis 298. — Melanosis corneae 706.
Nedensky. Knochenmark als Heilmittel 240.
Nee und Brunon. Tuberkulose 579.
Nègre. Perinephritische Phlegmone 589.
Neisser. Untersuchung auf Diphtheriebazillen 483.
Nelich, Kabrhel und Hrabá. Lüftung und Heizung der Schulen 795.
L. Nencki und Th. Podczaski. Kryoskopie der Milch 685.
Ness. Leukoderma 806.
Neter. Tetanie 41. — Frauenmilch 576. — Weibliche Genitaltuberkulose 753.
Netter. Kernig'sches Symptom bei Typhus 34, 583. — Kollargol 79, 589.
A. Neubauer. Kehlkopfpapillome 662.
Neuburger. Polyarthritiden bei Blennorrhöa neonatorum 298.
Neumann und Wender. Milch 416.
Neurath. Hereditär-syphilitische Knochenaffektionen 65. — Rachitis 250. — Zentralnervensystem bei Keuchhusten 497, 665.
W. Neutra. Infektionskrankheiten und Leukämie 649.
Newcomb. Kongenitaler Laryngealstridor 583.
Newell. Sporadischer Kretinismus 806.
Newsholme. Milch 418.
Newsholme und Pakes. Schulhygiene 466.
Newton. Erziehung in den Kommunal-schulen 795.
Nicholson. Leistenbruch 773.
Nicholson und Mc Hamil. Infektionen der Neugeborenen 501.
M. Nicloux. Milchanalyse 797.
Nicolas. Azetonurie 797.
Nikolski. Akute Leukämie 649.
Nilson. Leukozytose bei Appendizitis 108.

- A. Nizzoli.** Akute infektiöse Leber 506.
- Nobécourt.** Streptokokkenenteritis 736.
- P. Nobécourt und Babonneix.** Chronische Osteoperiostitis 589.
- Nobécourt und Mercklen.** Milch 416.
- P. Nobécourt und du Pasquier.** Angina diphtherica 583.
- Nobécourt und Vitry.** Ophthalmia purulenta und Polyarthrits 583. — Einfluß des Chlornatriums auf das Körpergewicht 797.
- Nobécourt und Voisin.** Lumbalpunktion bei Bronchopneumonie 151, 200. — Kleinhirntuberkel 193. — Parotitis und Lungenabszeß 583. — Typhus und Enteritis 583. — Kochsalzgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 726.
- Nobécourt, Voisin und Vitry.** Lumbalpunktion 584.
- P. Noirclaude.** Appendizitis 590.
- Noll.** Fütterung des Milchviehs 415.
- A. Nolte.** Kongenitaler Tibiadefekt 811.
- v. Noorden.** Chinaphenin 21.
- Norero.** Diphtherieartige Angina 491.
- Northrup.** Intubation 338. — Gonokokkenperitonitis 633.
- A. Nürnberg.** Koagulierende Wirkung autolytischer Organextrakte 685.
- Oberdorfer.** Bromoformvergiftung 657.
- Obermayer und E. Pick.** Milch 417.
- Oberndorfer.** Hydrocephalus, Pigmentnaevi und Kleinhirnwucherung 508.
- Oberwarth.** Angina gangraenosa 331. — Frühgeborenes Kind 803.
- Ödön.** Kinderschutz 170.
- v. Oefele.** Am mengesetz vor 4000 Jahren 74.
- M. d'Oelsnitz.** Tuberkulose 806.
- d'Oelsnitz und Aviragnet.** Akute Perikarditis-Pleuritisdiagnose 578.
- Ogier und Bordas.** Abgerahmte Milch 797.
- v. Ohlen.** Kindersterblichkeit und Milchversorgung 415. — Kindermilch 576, 685, 797.
- Oker und Blom.** Milch 417.
- Olinto de Oliveira.** Septicaemia cryptogenetica 253. — Dysenterische Leberabszesse 290. — Tuberkulose 584. — Influenza 584, 750.
- R. de Oliveira.** Adenoide Vegetationen 745.
- Olsson.** Hirnabszeß 106.
- Opdyke.** Trachom und Adenoide 105.
- Oppenheim.** Die ersten Zeichen der Nervosität 518, 786. — Reflexbewegungen bei Diplegia spastica infantilis 767, 768.
- Oppenheimer.** Augenverletzungen und Schultinte 795. — Handarbeitsunterricht 795.
- C. Oppenheimer und H. Aron.** Milch 685.
- Oppikofer.** Taubstumme 711.
- Th. Oppler.** Säuglingsernährung mit gelabter Vollmilch 530.
- E. Orefice.** Emboli und Thrombosen der Hirngefäße 626. — Cholera infantum 797.
- d'Orlandi.** Zytodiagnostik 454.
- J. Orschansky.** Vererbung 787.
- G. Orsi und Caporali.** Anaemia splenica 801.
- Orta.** Rigasche Krankheit 327.
- Th. B. Osborne und J. F. Harris.** Stickstoff in Eiweißkörpern 685.
- Ostermayer.** Pemphigus neonatorum 742.
- Ostertag.** Milchverkehr 685.
- Ostheimer.** Lebergumma 268.
- Ostmann.** Mißbildungen des äußeren Ohres 342.
- Ostrowsky.** Tannoform bei Intertrigo 21, 79, 308.
- Oswald.** Milch 416.
- Otto.** Atresia hymenalis congenita 271.
- Oui.** Darinhämorrhagien 584, 806.
- Oui und Ausset.** Säuglingssterblichkeit 591.
- Ovazza.** Endokarditische Geräusche 784.
- Pacchioni.** Koplik'sche Flecken 123. — Hepatitis 124, 147. — Tuberkulöse Meningitis 223. — Chondrale Verknöcherung bei Rachitis 583. — Polyarthrits durch Diplokokkus Weichselbaum 632. — Assoziation des Diphtherie- und Vincentschen Bazillus 785. — Kinder nephritischer Mütter 797.
- Paffenholz.** Nahrungsmengen 309. — Prophylaxe der Sommersterblichkeit 560.
- Paguy und Esmonet.** Persistenz des Meckelschen Divertikels 590.
- Paisseau und Achard.** Oedem nach Kochsalzinfusion 799.
- Pakes und Newsholme.** Schulhygiene 466.
- Palier.** Skarlatinöse Arthritis 373.
- O. Palmarini.** Hyperhydrosis 806.

- Palmiéri.** Ektromelie 890.
Palmirski und Zebrowski. Scharlachserum 763.
Panneton. Tuberkulöse Meningitis 584.
Papavassilion. Statistik 383. — Diphtherie in Athen 494.
Papst. Englische und deutsche Schulerziehung 231.
Paraschtschuk. Milch 417.
Parienté. Tuberkulose 806.
A. Paris. Blutveränderungen infolge von Diphtherieseruminjektion 572. — Septikämie 583.
A. Paris und E. Rist. Purpura haemorrhagica und Zerebrospinalmeningitis 585. — Pyämie 585.
Paris und Salomon. Purpura 584, 648.
Park. Bazillus Shiga bei Sommerdiarrhöe 620.
Park und Holt. Ernährungserfolge mit verschiedenen Milchsorten 617.
Parmentier. Kryoskopie der Milch 576, 685.
Pasinetti und Ponticaccia. Diphtherische Sepsis 458.
Pasini. Epidemischer Pemphigus 491.
du Pasquier und Nobécourt. Angina diphtherica 583.
du Pasquier und Voisin. Konfluierende Aphthen 743.
Passini. Buttersäurebazillen im Stuhl 85.
Pastrovich und Ulzer. Milch 416.
Paternó. Parrottsche Atrepsie 148.
Patoir. Muskelatrophie 806.
Patricot. Gelatine bei Säuglingsdiarrhöe 797.
F. Patry und Deguy. Diphtheriediagnose 580.
Pause. Labyrinthkrankung 341.
M. Peano. Lungenempysem und Asthma 510.
Pearce. Psychosen in Schulen 614.
Pearson. Kruppöse und katarrhalische Pneumonie 151. — Latentes Empyem 746, 806.
S. V. Pearson und Mummery. Empyem 806.
Pechère. Schularzt 666.
A. Pechin. Konjunktivitis 584. — Kauterisation der Kornea 590.
Péhu und Weill. Meningitis tuberculosa 809.
M. Péhu, Weill und Lumière. Gelatinebehandlung der Diarrhöe 577.
Pélessard. Klumpfuß 590.
Pellizzi. Mikrogryie 806.
Pelzl. Diazoreaktion 307.
P. Pennato. Endocarditis foetalis und angeborenes Vitium cordis 806.
Percheron. Tuberkulöse Meningitis 806.
Périer. Ueberbürdung der Schüler 24. — Allaitement mixte 489. — Hygiene der Erziehung 795.
A. Perlin. Hämoglobingehalt und Zahl der Blutkörperchen 608.
Pernet. Meningitis 584.
Perret. Frühgeborene 186. — Stillen 487, 576, 797. — Nahrungsmengen 540.
Perretant. Typhus 806.
Perrin. Hautgangrän und Sepsis nach Masern 31. — Plötzlicher Todesfall 102. — Schulen für hautkranke Kinder 573. — Pneumokokkenperitonitis 633. — Anämie 806.
Perrin de la Touche. Thymusd. 584.
E. Perroncito. Oxyuren 794.
A. Perrone. Multiple Lymphadenome 584.
Perruzzi. Methylenblauausscheidung bei Leberkranken 438.
Pery. Debilitas 572.
Perzina. Leberhyperplasie 331.
Pes. Tumor der Tränendrüse 298.
Pescatore. Vulvulus 164.
Peschel. Coloboma palpebrae 706.
R. Pestana. Helminthiasis 747.
Peter. Postdiphtherische Lähmung 458.
Peters. Osteomalazie und Tetanie 352.
G. A. Peters und Rudolf. Perikarditis und Empyem 806.
Petersen. Skoliose und Schule 229.
V. Petitti. Milchdiät 685.
Petrone und Ammendola. Antitoxische Fähigkeit der Leber 794.
Petrone und Bagalà. Milz und Thymus bei Anämie 792.
Petrusckky. Sommersterblichkeit 576.
W. Pexa. Cirrhosis hepatis 747. — Larynxstenose bei und nach Masern 765.
Peyri. Dermatitis exfoliativa 806.
Peyroux. Goutte de lait 171.
A. Peyser. Otorhinologie 584.
Pezzulo und Cozzolino. Hirndruck während des Erbrechens 219.
Pfalz. Spasmus und Tonus des Akkommodationsapparates 706.
Pfeiffer. Multiple chronische Gelenkentzündungen 811.
A. Pfeiffer. Jahresbericht der Hygiene 524.
E. Pfeiffer. Ausstellung für Milchversorgung in Hamburg 685.
L. Pfeiffer. Regeln für die Pflege von Mutter und Kind 572.
Pfister. Hirngewicht 434. — Schädelkapazität 434. — Anthropologie des Rückenmarks 724.

- Pflüger.** Ziliarmuskelkontraktionen 298.
Philhower. Diphtheriebehandlung 584.
Philippet. Brusternährung 576.
A. Philippow. Atonische Magen-erweiterung 806.
Philips. Zerebrale Hämorrhagie 769.
K. Pichler. Parotitis bei Pneumonie 806.
E. Pick und Obermayer. Milch 417.
Piéchand. Infantile Lähmung 806.
Pieniązek. Inspirierte Fremdkörper 721.
G. Pierantoni. Laryngospasmus und Pseudomeningitis durch Askariden 806.
Pierre. Thalassotherapie 407. — Kinderlähmung 584. — Chronische Adenoiditis 584.
Pierson. Azetonurie und wiederkehrendes Erbrechen 316.
Pietrasiewicz. Nabelbehandlung 439.
Piggott. Sittliche Entwicklung und Erziehung 484.
Pillon. Masern 584.
P. Pinard. Puerikultur 573.
W. Pipping. Störungen nach Tracheotomie 514.
v. Pirquet. Vakzination 400.
v. Pirquet und Schick. Inkubationszeit 239, 536.
Pittius. Milch 417.
Plantenga. Leukozytose bei Masern und Röteln 642, 806.
Plant. Mikroorganismen der Milch 416.
Plebs. Mesenterialdrüsentuberkulose 806.
G. Pochon. Vakzination bei Keuchhusten 584.
A. Podciechowski. Trichinosis 507.
Th. Podczaski und L. Nencki. Kryoskopie der Milch 685.
Poirier de Cisson. Angeborene Amputation der Finger 590.
Poli. Otitische tuberkulöse Prozesse 718. — Adenoide Wucherungen 785.
Poliakoff. Fettgehalt der Milch 315.
Polte. Angeborene Irismißbildungen 706.
A. Poncet und R. Leriche. Zwergwuchs 502.
Fr. Pons. Tetanie 806.
Ponticaccia und Pasinetti. Diphtherische Sepsis 458.
R. Popper. Eiweißstoffe der Kuhmilch 685.
Porak. Dauer des Stillens 576.
Porak und Durante. Peritonitis 584.
Porcelli. Splenopneumonie 151.
Ch. Porcher. Laktosurie 686.
Porges. Lichen scrophulosorum 743.
Portillo. Ophthalmia purulenta 172.
Pospischill. Scharlachstreptokokken-serum 93.
Possek. Konjunktivalzysten 298.
Potapow. Die dritte Mandel 719.
F. M. Pottenger. Tuberkulose 584.
J. Pouchkine. Säuglingsdiarrhöe 576.
Poulard und Bourneville. Maladie des ties 448.
Power. Darminvagination 771.
Poynton. Bakterien als Ursache von Chorea, Perikarditis und Gelenkrheumatismus 177. — Chorea 562.
Pozzi und Escot. Milch 416.
Praetorius. Poliomyelitis acuta 321.
Prandi. Traumatische Endokarditis 444. — Akute Gastroenteritis 797.
W. Prausnitz. Polemik gegen Pfau und Lier 593.
Preindlsberger. Teratom der Sakralgegend 110. — Rankenneurom 111. — Epidurale Injektionen bei Blasenkrankheiten 544.
K. Preisich. Vererbung der Syphilis 89. — Angeborener Klappenverschluß des Duodenums 590. — Angina Vincenti 781.
Preleitner. Angeborener Klavikulardefekt 45. — Blasenektomie 351.
Preuss. Appetitlosigkeit nervöser Kinder 318.
Price. Heroin 79.
C Price-Jones. Tuberkulose 807.
Prinzing. Kindersterblichkeit 281.
H. Prip. Organotherapie bei Hypogalaktie 541, 686, 797.
Probst. Verblödungsprozesse 259.
Pröbsting. Künstliche Beleuchtung der Schulsäle 786.
Prölss. Milch 418.
Prota. Fremdkörper in den Luftwegen 812.
Pulawski. Serumtherapie der Diphtherie 90.
Pupke. Atresia ani vaginalis 812.
E. Pütter. Ziehkinderwesen 515.
Quillier. Ekzem 584.
F. Rabot und L. Revol. Meningitis 584.
L. Raclot. Alopecia 584.
V. Raczkowski und Bordas. Milch 417.
Raczynski. Säuredyspepsie 85.
Raehlmann. Farbensinn 706, 794.
Rahn. Bromipinklystiere 21.
R. Raimondi. Frische Milch 616.
Rainy und Fowler. Angeborene doppelseitige Facialislähmung 43.

- v. Ranke. Noma 264.
P. Ranschburg. Kretinismus 662.
Rapp. Milch 417.
Raquet. Milchhygiene 576.
Ratelier. Scharlach 584.
Raudnitz. Sammelreferat über Milchchemie 415 und 684.
Raulin. Diphtherie-Rezidiv 807. — Hypertoxische Diphtherie 807.
Ravenna. Noma 664. — Chorea und Epilepsie 807.
N. Raw. Tuberkulose 563.
A. Raybaud und Boinet. Angeborene Nierenzysten 587.
Raybaud und Vernet. Blutuntersuchungen 573.
Raymond. Spastische familiäre Paraplegie 807. — Masernähnliches Erythem 807.
E. Reale. Orthotische Albuminurie 807.
Rebentisch. Ileus 382.
E. Rebeyrolle. Syphilis hereditaria tarda 584.
Redard. Angeborene Hüftgelenkluxation 275. — *Traité pratique de chirurgie orthopédique* (Lehrbuch) 570. — Klumphand 590.
Reed und Ward. Streptokokken in der Handelsmilch 25.
Regaud. Couveuse 573.
D. A. Reid. Tuberkulose 564.
Reinach. Ernährung mit gelabter Kuhmilch 390. — Pollakiurie und Enuresis 498. — Pyonephrose 509, 590. — Myxolipofibrom der Niere 590.
G. Reinbach. Hämorrhoiden 632.
Reiner. Multiple Gelenksentzündung 333. — Kongenitale Coxa vara 812.
Reinhard. Fremdkörper der Nase bei adenoiden Wucherungen 719.
Reis. Angeborene Bindegewebsbildungen im Glaskörper 706.
Reitmann. Knorpel und Knochen in den Gaumentonsillen 721.
O. Reitz. Klumpfuß 812.
Relieu. Infantiler Skorbut 172.
Renaud. Osteomyelitis 812.
Renault. Retropharyngealabszeß 213.
Rendiconto. Kinderspital in Mailand 813.
Rensburg. Hauttuberkel 52. — Hirnverletzungen 215. — Angeborene spastische Lähmungen 215. — Athyreosis 216. — Stundenverteilung in der Schule 228. — Bericht über die Hamburger Milchausstellung 517.
Resinelli. Fötale Nierenfunktion 807.
Rettger. Milch 417.
Revis und Moore. Milch 418.
L. Revol und F. Rabot. Meningitis 584.
Rey. Schulanfang und Schulzeit 228. — Enuresis 565. — Phonendoskop 568.
Reyher. Keuchhusten 751.
Rheiner. Akzidentelle Herzgeräusche 654.
C. Rhém. Findelkinder 813.
Ribaut und Abelous. Milch 416.
Ribera. Gelenktuberkulose 172.
Ricaldoni und Lamas. Landry'sche Paralyse 500.
Richard. Service des diarrhées d'été 798.
Richardière. Kalte Bäder bei Typhus 372.
Richardière und Hanfmann. Scharlach 807.
Richmond. Milch 416.
Richon. Addison'sche Krankheit 584. — Anaemia splenica 807. — Syphilis hereditaria tarda 807.
Richon und Haushalter. Herzmißbildung und Höhlenbildung im Rückenmark 654.
Richter. Verdauung der Milch 616.
Le Ridant. Hysterie 807.
Ridol. Intussuszeption 107.
Riedel. Masernkomplikation 494.
Rieffel und Kirmisson. Meckelscher Divertikel 589.
Riehl. Hereditäre Syphilis 351.
G. Ringeling. Milch 686.
Ripart. Ernährungsstörungen nach dem Abstillen. 798.
L. Ripper. Milch kranker Tiere 686, 798.
E. Rist und Guinon. Poliomyelitis ant. acuta 768.
E. Rist und A. Paris. Purpura haemorrhagica und Zerebrospinalmeningitis 585. — Pyämie 585.
Rist und Salomon. Hereditäre Syphilis 495.
Ritscher. Scharlachabszesse 585.
Ritschl. Etappenverbände 279.
Ritter. Gaumenmandeln 104. — Gesundheitslehre in der Volksschule 795. — Kinderheilstätten 813.
Rivière. Säuglingsfürsorge 347. — Ozaena 585. — Kruppöse Pneumonie 807.
Robin. Ueberernährung 576.
G. Robin. Syphilis 585.
Robin und Binet. Thalassotherapie 407.
Robinson. Spinale Meningo-Myelocoele 807.
Rocaz. Adenoiditis diphtherica 193, 585.

- Rocaz und Cruchet.** Angeborenes Myxödem 102.
- Rocaz und Moussous.** Zerebrospinalmeningitis 205.
- V. Rocchi.** Erythrodermia exfoliativa 807.
- N. da Rocha.** Ozaena 770.
- Rocher.** Osteomyelitis 812.
- Rochon.** Barlow'sche Krankheit 807.
- Röder.** Arsenotherapie bei Chorea 497. — Moulagen von Säuglingsfüßen 798.
- H. Roeder und Sommerfeld.** Physikalisch-chemisches Verhalten der kindlichen Gewebssäfte 794.
- F. F. G. Roger.** Fürsorge für Mütter 593.
- J. Roger.** Pleuritis 585.
- Roger und Garnier.** Schilddrüse bei Variola 585.
- Rogers.** Barlow'sche Krankheit 807.
- Rolet.** Säuglingsernährung 576.
- Rolleston und Trevor.** Primärsarkom der Lunge 771.
- K. M. Rombouts.** Geburten und Kindersterblichkeit 593.
- Römer.** Sympathische Ophthalmie 298, 706. — Hornhauternährung 706.
- Romme.** Säureintoxikation 798. — Scharlachstreptokokken 794.
- Rommel.** Henoch'sche Purpura 370. — Unguentum argenti colloid. Crédé 613. — Buttermilch 733.
- Roos.** Rachitis tarda 86. — Knochenkrankung 776.
- Rosatzin.** Milch und Tuberkulose 415.
- Rose, Mahar und Nau.** Anaemia pseudoleucaemica 86.
- Roselli.** Farbenblindheit 435.
- Rosemann.** Milch 416.
- Rosenau.** Vakzine 241.
- S. Rosenfeld.** Statistik der Infektionskrankheiten in Wien 593.
- Rosenthal.** Larynxdiphtherie 338.
- A. Rossi.** Diphtherieserum 807.
- G. Rossi.** Varizellen und Monoplegia brachialis 807.
- J. Rossi.** Streptokokken-Peritonitis 785.
- Rotch.** Peritonitis tuberculosa 88. — Studium der Kinderheilkunde 214. — Säuglingsernährung 486. — Barlow'sche Krankheit 652.
- Rotch und Cushing.** Dekapsulation der Niere 445.
- Rotch und Dunn.** Osteoarthropathia pulmonalis 549.
- Roth.** Typhusbakterien und Koffein 366. — Darminvagination 812.
- Rothmann sen.** Angina Ludovici 807.
- de Rothschild.** Fettreichtum der Frauenmilch 246, 576. — Milch 416. — Syphilis und Ernährung 487, 576. — Ernährung mit Buttermilch 542. — Poliklinik 558. — Klump-hand 590. — Pasteurisation 798. — Consultations de nourrissons 813.
- H. de Rothschild und L. Brunier.** Angeborene Makrodaktylie 590.
- H. de Rothschild und L. Lévi.** Angeborene Facialislähmung 582, 766.
- Rotondi.** Milch 416, 798. — Ueber die Verdauungswirkung des Labferments 595.
- Rouchet.** Pneumonie 807.
- Rouma und Decroly.** Stottern 621.
- Rousseau Saint-Philippe.** Säuglingsfürsorge 813. — Ernährung 576. — Keuchhusten 585.
- Roux und Josias.** Behandlung der Tuberkulose mit Fleischsaft 175.
- J. Royer.** Pleuritis 807.
- L. Royer.** Kinderschutz 813.
- Royster.** Angina Vincentii 491. — Fremdkörper im Darm 812.
- Rozet.** Diphtherieserum 807.
- Rübencamp und Cohn.** Buch- und Zeitungsdruck 298.
- Rubinstein.** Bakterien und Buttermilch 315.
- R. D. Rudolf und Peters.** Perikarditis und Empyem 806.
- A. P. Rudski.** Vulvovaginitis 634.
- Rué und Gaulard.** Pflege der Brust 575.
- de la Rue.** Aortenfehler 585.
- Rühle.** Entbindungslähmung 543.
- Rullmann.** Milch 417, 490, 686.
- Runge.** Tuberkulose der Placenta 144.
- Runte.** Angeborenes Hornhautstaphylom 706.
- Russel und Hiss.** Dysenterie-, Typhus- und andere Bazillen 80.
- Rutherford.** Darminvagination 271. — Intrauterine Blattern 273.
- Ryan.** Anophthalmus 590.
- Sachs.** Amaurotische familiäre Idiotie 44.
- Sachs.** Weiche Naevi 738.
- Sachs'alber.** Das Auge der Anen- und Hemikephalen 299. — Regeneration von Hornhautsubstanz-Verlusten 299.
- Saillant und Maygrier.** Angeborener Darmschluß 589.
- Saint-Albin und Variot.** Atrophia infantum 798.
- Rousseau-Saint-Philippe.** Säuglingsernährung 576. — Keuchhusten 585. — Säuglingsfürsorge 813.
- Salge.** Enterokataarrh 392. — Frauenmilch bei Dünndarmkataarrh 733.
- Salge und Hasenknopf.** Agglutination bei Scharlach 372.

- Salmon.** Diphtherie 640, 761. — Pylorusstenose 746.
- Salomon.** Syphilis hereditaria tarda 89, 268, 585. — Pneumokokkenarthritis 157, 264.
- J. Salomon.** Chronische Bronchialdrüsenaffektionen 807.
- Salomon und Paris.** Purpura 584, 648.
- Salomon und Rist.** Syphilis hereditaria 495.
- Sanfelice und Malato.** Pocken 33.
- Santenoise und Garnier.** Angeborene Rachitis 326.
- F. Sarcinelli.** Milz bei Rachitis 503.
- Sato.** Bogengänge des Labyrinths 77, 573.
- Sattler.** Verbrennungen 778.
- Saul.** Milch 416.
- Saunders.** Pilokarpin bei Scharlach 160.
- Savariand.** Lähmungen bei Humerusfrakturen 206, 585. — Angeborene Darmokklusion 590.
- Sax.** Cerebello-bulbäre Tumoren 176.
- Alb. Scala.** Milch 686.
- Scalese.** Anaemia splenica 807.
- Schablowski.** Tuberkulöse Gelenkentzündung 375.
- Schachner.** Darmokklusion 345.
- Schalek.** Hereditäre Syphilis 193.
- Schamberg.** Varizellen 370.
- Fr. Schardinger.** Thermophile Bakterien 686.
- Scheibe.** Chronische Mittelohreiterung 714.
- Ferd. Schenk.** Milch 686.
- B. Schick.** Hypertrophia cerebri 204.
- Schick und Ersettig.** Diphtheriebazillen 457.
- Schick und v. Pirquet.** Inkubationszeit 239, 536.
- Schiff.** Morbus Basedowii und Erythema nodosum 351.
- Schiffers.** Intubation 628. — Kehlkopf des Kindes 794.
- F. Schiller, Schmidt und Köhne.** Zwangs-(Fürsorge-)Erziehung und Armenpflege 516.
- Schilling.** Speicheldrüsensekretion 389, 485.
- Schillinger.** Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund 585.
- Schkarin.** Verwendung der Magensonde 606. — Tic convulsif 623.
- Schlesinger.** Autolytische Prozesse 239. — Anämie und Leukozytose bei Ernährungsstörungen 618.
- Schliper.** Kephälämatom 807.
- Schlöss.** Paranoia 202. — Zu Geistesstörungen disponierte Kinder 614.
- Schlossmann.** Kalorimetrische Untersuchungen 147. — Ernährungsstatistik 393. — Milch 416. — Leistungsfähigkeit der Brustdrüsen und Indikationen zum Stillen 731.
- Schlossmann und Moro.** Milch 417, 686. — Ernährung des Erwachsenen mit Kuh- und Frauenmilch 733.
- Schmid-Monnard.** Die Halle'sche Kinderheilstätte 593.
- F. A. Schmidt.** Bewegungsspiele 230.
- F. A. Schmidt und Lessenich.** Körperliche Entwicklung und Schulerfolg 795.
- M. Schmidt.** Die Krankheiten der oberen Luftwege (Lehrbuch) 412.
- H. Schmidt, Schiller und Köhne.** Zwangs-(Fürsorge-)Erziehung und Armenpflege 516.
- A. Schmitz.** Hilfsschulen 573.
- K. Schneider.** Angeborenes Cystadenom der Schilddrüse 164.
- J. Schnitzler.** Ovarialhernie 590.
- Scholder.** Schulkolose 513.
- v. Schöller.** Rezidiv von Laryngitis crouposa 337.
- Scholz.** Serumbehandlung bei Scharlach 340.
- Schön.** Maligne Hodengeschwülste 342.
- Schönfeld.** Pseudohermaphroditismus 162.
- Schön-Ladniewski.** Larvierte Angina diphtherica 337, 585.
- J. E. Schostak.** Ikterus nach Scharlach 807.
- Schottelius.** Tuberkulosefrage 29.
- Schramm.** Tuberkulöse Peritonitis 30. — Fußtuberkulose 161.
- Schreiner.** Keuchhustenbehandlung 262. — Doppelmißbildungen 727.
- Schüller.** Polymyositis 319.
- Schulte und Bäuminghaus.** Milch 417.
- B. S. Schultze.** Hebammenwesen 593.
- Schulze.** Jugularisunterbindung und Sinusverschuß 716. — Ohreneiterung und Hirntuberkel 718.
- Schulze und Grunert.** Jahresbericht der Ohrenklinik in Halle 716, 718.
- v. Schumacher.** Gekreuzte Dystopie der Niere 343.
- A. Schütz.** Kalorientheorie 780.
- Schwab und Lévy-Bing.** Syphilis 808.
- O. Schwartz.** Fürsorge für Frauen 593.
- G. Schweitzer.** Milch 417.
- Schwenk.** Postdiphtherische Augenlähmung 458.
- J. Schwoner.** Pseudodiphtheriebazillen 611.
- Sébileau.** Oesophagotomie 590.

- Segadelli.** Plötzlicher Tod 438.
Segal. Leukämie 649.
Seggel. Myopie 706.
Max Seiffert. Kindermilch 686.
Selenowsky und Woizechowski. Endogene Infektion des Auges 299.
Setter. Buttermilchkonserven 53. — Säuglingsheim 215. — Angeborenes Fehlen der Bauchmuskulatur 215. — Schule und Kleidung 231. — Nahrungsmengen 310. — Trophodermatoneurose 393. — Fibröszystisch entartete Nieren 567. — Plattfuß 590.
Seo und Yamaguchi. Keratitis fascicularis und Pannus scrophulosus 299.
Sergent und Bernard. Nebennieren-Insuffizienz 353.
Sevestre und Aubertin. Angina und Krupp nach Serumtherapie 585.
Sharp. Postdiphtherische Lähmung 194.
Sharples und Darling. Frauenmilch 189.
Shaw. Pylorusstenose 207. — Abdominale Auskultation 435. — Milchuntersuchung 441.
Sherman. Angeborener Defekt der Schlüsselbeine 212. — Kuhmilch 686.
Shukowsky. Masernähnliche Rubeola 642. — Sublimatvergiftung 657.
Shurley. Intubation 375.
Sidler. Geburtsverletzungen des Auges 299. — Milch 417.
Siegert. Fermenttherapie in der Atrophie 392. — Erblichkeit der Rachitis 404, 652. — Die rachitische Hand 404. — Stillen 487.
Siegfeld. Milch 416, 417, 418, 686.
Sieveking. Milchhandlungen 415. — Milch und Verbreitung von Typhus, Diphtherie, Scharlach 415.
A. Sigogne. Nephritis bei Angina 585.
Silberschmidt. Milch 417.
Silberstein. Fötale Knochenerkrankungen 379.
G. Silva. Lumbalpunktion 544.
Simon. Kleinhirntuberkel 456. — Blutuntersuchung bei Diphtherie 641, 808.
Simonini. Diplokokkenarthritis 492. — Primäre Lebersarkome 808.
Sinding-Larsen. Jodoform bei chirurgischer Tuberkulose 773. — Isolation von Bazillenträgern 779.
B. Sjolemma. Milch 686.
F. Sippel. Intubation 89, 166. — Koplik'sche Flecken 94. — Kehlkopfdiaphragma 111.
A. Siredey. Chronische Appendizitis 548.
Sisto. Präventivinstitute 179.
J. Skála. Exantheme nach Diphtherieserum 761.
F. Sklarek und M. Arndt. Balkenmangel 499.
Slávik. Hydrokephalus 321.
v. Slyke. Milch 416.
L. L. van Slyke, Harding und Hart. Milch 686.
L. van Slyke und E. B. Hart. Milch 686.
Smith. Ergotin bei Chorea 449. — Skorbut 808.
Alice M. Smith. Schulhygiene 795.
B. H. Smith. Formaldehyd in Milch 686.
E. Smith. Konvulsionen 201. — Invasionsstadium der Masern 765.
Noble Smith. Angeborene Hüftgelenksluxation 173, 213, 563.
Snow. Infektionen der Neugeborenen 501.
Snyder. Sommerdiarrhöe 245.
Sobel. Apparat zur Milcherwärmung 84. — Hautkrankheiten bei Schulkindern 244. — Keuchhustenbehandlung 334.
Soetbeer und Cohnheim. Magensaftsekretion 248.
Sokolowski. Bericht 715.
Solimene. Intubation 443.
Somers. Schulärztliche Untersuchung 81.
Somerset. Exantheme 460.
Sommer. Angeborener Mangel des Weinens 299.
Sommerfeld. Ausnützung von Roborat 249. — Antistreptokokkenserum 307.
P. Sommerfeld und H. Roeder. Physikalisch-chemisches Verhalten der kindlichen Gewebssäfte 794.
E. Soncini. Myositis ossificans progressiva 808.
Sörensen. Zerebrospinalmeningitis 323.
Sorre. Rousselsches Gesetz 779.
Soulé. Diphtherische Lähmung 585.
A. M. Soule und S. E. Bearnés. Eiweiß 686.
Souques und Heller. Angeborene Facialislähmung 585.
Southworth. Lungenödem 199. — Adenitis 270.
F. v. Soxhlet. Säuglingsmilch 686, 798.
Sperk. Kindermilchversorgung 393, 686.
Sperling. Intrauterine Frakturen 45.
Spicer. Mongolismus 808.
J. H. Spiegelberg. Influenza 808.

- Spieler.** Angeborene traumatische Radialislähmung 44. — Fremdkörper im Wurmfortsatz 665.
- Spiridonoff.** Knochenmark als Heilmittel 240.
- H. Spitzzy.** Bau und Entwicklung des Fußes 812.
- Spolverini.** Oxydierendes Ferment der Milch 226. — Pachymeningitis haemorrhagica 226, 324. — Hemiplegie toxischen Ursprungs 808.
- Spring.** Milch 417.
- Springer.** Echinokokkus der Pleura 37. — Wachstum und Lecithin 190. — Sehnenüberpflanzung 275. — Schädelnekrose 381.
- Spuler.** Angeborener Beweglichkeitsdefekt am Auge 706.
- Stadelmann.** Schulen für Nervenkranken 485.
- Stanley.** Asthma 199.
- W. v. Starck.** Stokes-Adamscher Symptomenkomplex 11.
- Stargardt.** Pseudotuberkulose des Auges 299.
- Stäubli.** Milch 417.
- A. Steffen.** Gedenkblatt f. B. Wagner 593.
- R. Steinegger.** Nachweis von Ziegenmilch in Kuhmilch 686.
- K. Steiner.** Fibrinöse Pneumonie 662. — Kruppöse Pneumonie 808.
- F. Steinitz.** Ernährungsstörungen 576.
- K. v. Stejskal.** Herztod infolge Diphtherietoxin 728.
- de Stelle und Miche.** Postdiphtherische Lähmung 91.
- M. Stengel.** Generalisierte Vakzine 808.
- Stephan u. Boinet.** Rachitis tarda 503.
- L. Stephenson.** Ophthalmia neonatorum 808.
- Stepp.** Keuchhusten 96.
- Stern.** Poliomyelitis anterior 585.
- Sternberg und Latzko.** Hemicephalus 452.
- G. Steron.** Lungensyphilis 646.
- Studel.** Milch 416.
- Steward.** Fötale intrakranielle Blutungen 110. — Wärmflaschen 539.
- Stewart.** Rheumatismus 808.
- G. Sticker.** Gesundheit u. Erziehung 791.
- Stieda.** Nebenhöhlenempyeme der Nase 104.
- Stiles.** Hundebandwurm 37.
- Stilling.** Myopie 299.
- Stillmann.** Sklerem 259.
- Stilo.** Meningitis 323.
- Stinelli.** Wirkung von Typhusbazillen und Diphtherietoxin 458.
- Stock.** Endogene Infektion des Auges 299.
- L. B. Stocking.** Milch 418.
- W. A. Stocking.** Milch 416.
- Stödter.** Milchhygiene 415.
- J. Stoklasa.** Glykolytische Enzyme 686.
- Stoeltzner.** Viszerale Rachitis 149. — Rachitische Knochen 403. — Phosphor und Rachitis 403.
- Stoerk.** Entwicklung der Niere 351.
- Stoewer.** Pathologie der Linse 299.
- E. J. Stolkind.** Bronchialasthma 652, 746.
- Stolper.** Entbindungslähmungen 377.
- N. Stoppato.** Gekochte und mit Rinderserum modifizierte Kuhmilch 798.
- Storch.** Kindermilch 407. — Milchchemie 686.
- M. Stoss.** Barlowsche Krankheit 503.
- Strasser.** Systemisierte Naevi 738.
- C. H. Stratz.** Der Körper d. Kindes 524.
- P. Strauß.** Abnorme Kinder 573.
- Sträußler.** Rückenmark und Pyramiden-Seitenstrangbahn 318.
- Streit.** Sklerom 721.
- Stretton.** Vakzination 573.
- W. Stridsberg.** Zyklische Albuminurie 550.
- L. Strominger.** Kotfistel 812.
- Strong.** Angeborene Nierentumoren 210.
- Strzemiński.** Augenerkrankungen bei Scharlach 93.
- Stubinger.** Angeborene Tumoren 210.
- Suarez de Mendoza.** Präventivinjektionen von Diphtherieserum 585.
- Suckstorff.** Leukozytose bei Ohrerkrankungen 713.
- Suckstorff und Henrici.** Otitische Hirnerkrankungen 715.
- S. Sufrin.** Hemiplegie nach Scharlach und nach Diphtherie 761.
- Sugar.** Hemiatrophia facialis 342.
- Sukehito-Ito.** Ekiri 751.
- Sullivan.** Ernährungsfehler 798.
- Summers.** Kehlkopfpapillom 545.
- Sussini.** Sehnen transplantation 382.
- Süßkind.** Cysticereus intraocularis 299.
- Sutherland.** Tuberkulöse Peritonitis 160.
- G. A. Sutherland und Walker.** Interstitielle Nephritis bei Lues 808.
- K. Sato und M. Kumagawa.** Milch 685.
- Swain.** Schulerziehung 795.
- Swaving.** Milch 417.
- Swift.** Purpura rheumatica 157.

- Swoboda.** Keuchhusten 96. — *Vaccina generalisata* 158. — *Achondroplasia* 250. — *Spasmus nutans* 350, 352. — *Elephantiasis congenita* 351. — *Urticaria pigmentosa* 352. — *Hereditäre Lues* 665.
- Székely.** Kindermilch 169, 418. — Scharlachinfektion 339.
- Szesenewski.** Albuminurie der Neugeborenen 655.
- V. Szontágh.** Mischinfektion 167.
- Szuchow.** Fremdkörper in der Iris 627.
- Szybowski.** Exenkephalus 769.
- Taillens.** Diphtherieserum 808.
- Takabatake.** Otogene Sinusphlebitis 715. — Otogene Hirnerkrankungen 715. — Adenoide Kachexie 719.
- Tarozzi.** Megakolon 808.
- Tatarski.** Darminvagination 631.
- Taylor.** Angeborene Hernie 271. — Polienkephalomyelitis 376. — Intubation 442. — Manuelle Reposition der angeborenen Hüftluxation 545.
- Tebb.** Milch 416.
- Tebbetts.** Pottsche Krankheit 812.
- Teich.** Impfschutzverband 188.
- Terrien.** Hysterie 808.
- Terrien u. Lamy.** Herzspitzenstoß 607.
- Theuveny.** Zystenniere 590. — Hufeisenniere 590.
- V. Thevenet und E. Weill.** Kolostrumkörperchen 577, 687.
- Thibierge.** Syphilitische Ammen 577.
- L. Thieme.** Aspirin 439.
- Thiemich.** Mongolismus 134. — Hysterie 396.
- Thiénot.** Künstliche Ernährung 798.
- E. Thiercelin.** Barlowsche Krankheit 577.
- Thierfeld.** Lithiasis 446.
- Thomas und Variot.** Barlowsche Krankheit 809.
- Thomson.** Lippenreflex 42.
- Thöni und Freudenreich.** Milch 417.
- M. Thorey.** Augenuntersuchungen bei Epileptischen 500.
- Thornas.** Hereditäre Syphilis 585.
- Thoyer-Rozat.** Extreme Größe des Fötus 573. — Anomalie der fötalen Schädelossifikation 808.
- Tjaden.** Kindermilch 407, 686.
- Tienes.** Milz bei Rachitis 745.
- Tilliss.** Noma nach Typhus 264.
- L. Tissier.** Barlowsche Krankheit 585.
- H. Tissier und Gasching.** Milch 686.
- Tixier.** Knochentuberkulose 585.
- Todd und Dean.** Milch 418.
- Todt.** Akute gelbe Leberatrophie 256.
- F. Toeplitz.** Ernährung des Kindes 577.
- Toff.** Xeroform 79.
- L. Tollemer und Josias.** Widalsche Reaktion 178, 572, 750.
- L. M. Tolman und J. S. Munson.** Jodabsorption in Oelen und Fetten 686.
- Tonarelli.** Hemimelia thoracica 675.
- Fr. v. Torday.** Xanthoma tuberosum 140, 168.
- Franz und Arpád v. Torday.** Zytdiagnostik bei tuberkulöser Meningitis 782.
- Torella.** Tachiol 440.
- Tormey.** Angeborener Laryngealstridor 378.
- Tornaca.** Typhus 808.
- Torretta.** Protargol 784. — Fremdkörper im r. Bronchus 784.
- Touchard und H. Judet.** Angeborene Patellar-Luxation 588.
- Touret.** Milch und ihre Industrie 415.
- Tournay.** Sterilisation und Pasteurisation der Milch 798.
- Townsend.** Herstellung von Rahm 189.
- Toyonaga.** Milch 686.
- Trautmann.** Beziehungen zwischen Nase und Genitalien 721.
- Treitel.** Influenza-Pharyngitis 103. — Hörübungen bei Taubstummten 155. — Üramie mit Taubheit 713.
- Trendel.** Wangenlymphdrüsen 770.
- J. Trepinsky.** Tuberkulose 808.
- A. S. Trevor und Rolleston.** Primärsarkom der Lunge 771.
- Triboulet.** Reaktion der Frauenmilch 577. — Barlowsche Krankheit 808.
- Trillat und Forestier.** Milch 418.
- Trinkler.** Hydrocephalus internus 626.
- Trischitta.** Basedowsche Krankheit 327.
- A. Trousseau.** Strabismus 585.
- A. Trunz.** Milch 687, 798.
- Trüper.** Psychopathische Minderwertigkeiten 520.
- Tschlenow.** Syphilis 759.
- Tugendreich.** Meningoenkephalitis heredo-syphilitica 336, 759.
- Tuley.** Säuglingsernährung 245.
- Tumpowski.** Alkohol 436.
- Tunnicliff.** Milch 417.
- E. Turczányi und S. Engel.** Italienisches Findelwesen 593, 813.
- Turnowski.** Keuchhustenkomplikation 32.
- Uffenheimer.** Diphtherie und Scharlach 398.
- Uhlenhuth.** Milch 417.
- Uhlmann.** Bakteriengehalt des Zitzenkanals 732.

- Ujhelji.** Milch 418.
Ulbrich. Markhaltige Nervenfasern 299.
C. E. Ulldall. Darmatresie 590.
Ulzer und Pastrovich. Milch 416.
Underhill. Proteosen 687.
S. Unterberger. Skrofulöse Lymphdrüsen 585.
Urbahn. Blennorrhoea neonatorum 706.
Urban. Blutung nach Tonsillotomie 344, 380.
V. Utili. Aereophagie 808.
Utz. Milch 416, 687.

Vail. Aproxia 81.
Valagussa. Intubation 174. — Influenza 227. — Megacolon congenitum 227. — Diphtherieheilsera 761. — Megakolon 809.
Valenza. Splenopneumonie 492.
Vallana. Milchsekretion bei der Frau 217. — Pleuritis 784. — Mikroskopie der Milch 798. — Genitalblutungen beim Neugeborenen 809.
A. Valli. Eklampsie und Epilepsie 809. — Athetose 809.
Vallois. Fötale Schädelmaße 306. — Sakraltumor 343.
M. Vargas. Osteogenesis imperfecta 172. — Neoplasmen 172. — Emphysem 173. — Keuchhustenserum 175, 809. — Choreabehandlung 178. — Diplegie 179, 809. — Semiotik 179. — Hereditäre Syphilis 455, 496, 586. — Masernkrupp 599. — Empyem 809 — Hedonal 809.
G. Variot. Intoleranz für Muttermilch 188. — Achondroplasie 250, 586. — Gouttes de lait 284, 813. — Pseudobulbärparalyse 377, 451, 586. — Angeborene Cyanose 378, 502. — Infantiler Kernmangel 449. — Hemiplegie nach Masern 460. — Sputumuntersuchung 586. — Lähmung der Zunge und Lippen 586. — Tuberkulöse Meningitis 586. — Präventivinjektionen von Diphtherieserum bei Masern 586. — Herzleiden 586. — Pylorusstenose 590. — Hüftgelenkluxation bei Chorea 590. — Rachitis und Krippen 593. — Nephritis 809. — Erysipel-Rezidiv 809.
Variot-Bruder. Angeborener Laryngealstridor 586.
Variot u. Le Marc Adour. Scharlachotitis 31.
Variot und Saint-Albin. Kalorimetrische Untersuchungen 577. — Atrophia infantum 798.

Variot und Thomas. Barlowsche Krankheit 809.
Vaughan. Einklemmter Bruch 210.
Veau. Urethralfisteln 509, 591. — Halszysten 629.
del Vecchio. Friedreichsche Ataxie 220.
Veis. Schnarchen 103.
H. van de Velde und de Landtsheer. Milchfermente 577, 687.
Venot. Schulkolonien 349.
Vercauteren und van Haelst. Pulmonalhernie 209.
A. Verdone. Alter der Frauenmilch 798.
J. Vergely. Herpes zoster und Masern 586. — Diphtherieinfektion 586.
Verhoeff. Graduelle, plastische Tenotomie 299.
Vernet. Blutuntersuchungen bei Ekzem 586, 646.
Vernet und Raybaud. Blutuntersuchungen 573.
Vernon. Milch 417.
Véron. Steiß-Kreuzbein-Tumoren 591.
Verstraete. Tetanus 371.
Veslin. Klumpfuß 591.
Veverka. Augenblennorrhöe 573.
Veyrassat und Arabian. Ruptur des Sterno-cleido-mastoideus 591.
Vezeaux de Lavergne. Typhus-Gangrän 586.
Vicarelli. Schädeldepressionen 212.
Vicira. Aethylchlorid 778.
J. Vicq. Chorea 586.
C. Vignolo-Lutati Albargin bei gonorrhöischer Vulvovaginitis 809.
A. Villa. Nervensystem bei Diphtherie 809.
Villemin. Peritonitis 586. — Vaginalimperforation 591. — Fremdkörper in der Blase 591.
Villemin u. Méry. Ovarialsarkom 589.
Vitry und Nobécourt. Ophthalmia purulenta und Polyarthritis 583. — Einfluß des Chlornatriums auf das Körpergewicht 797.
Vitry, Nobécourt und Voisin. Lumbalpunktion 584.
L. Voigt. Schutzpockenimpfung 573.
Voisin und Nathan. Angeborene symmetrische Mißbildungen 591.
Voisin und Nobécourt. Lumbalpunktion bei Bronchopneumonie 151, 200. — Kleinhirntuberkel 193. — Parotitis und Lungenabszeß 583. — Typhus und Enteritis 583. — Kochsalzgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit 726.
Voisin, Nobécourt und Vitry. Lumbalpunktion 584.

- R. Voisin und du Pasquier.** Konfluierende Aphten 743.
- Voituriez.** Knochenkomplikationen nach Variola 583.
- Voix.** Allaitement mixte 310.
- Volhard.** Dystrophien und Trophoneurosen der Haut 259. — Pepsinbestimmung 687.
- E. Vollmer.** Kinderheilstätten 659.
- Volpino und Bertarelli.** Wutkrankheit 749.
- Voerner.** Kongenitaler Defekt der Cutis und Subcutis 737. — Fötale Syphilis 753.
- Voss.** Sinusthrombose 715. — Schläfenlappenabszesse 716.
- O. Vulpius.** Klumpfuß 512.
- Vurpas und Léri.** Anencephalus 586, 670.
- Wachenheim.** Chronische Gastritis 107.
- Wachtler.** In den Glaskörper vordringende ArterienSchlingen 706.
- Wahrer.** Studium der Kinderheilkunde 242.
- Walitzki.** Psoriasis vulgaris 636.
- J. W. T. Walker und Sutherland.** Interstitielle Nephritis bei Lues 808.
- Walsch.** Koilonychia und Platyonychia hereditaria 740.
- Walz.** Plötzlicher Tod 154.
- Wanner.** Mittelohrentzündungen 714.
- Wanstall.** Keuchhusten 32.
- Ward und Reed.** Streptokokken in der Handelsmilch 25.
- Warfield.** Bac. dysenteriae bei Sommerdiarrhöe 619.
- Wasastjerna.** Aortaruptur 345.
- Weaver.** Scharlach 196.
- F. Weber.** Kinderkolonien in Rußland 593.
- P. Weber.** Chronische Gelenkserkrankung 98, 198.
- Wechsler.** Sterilisation 490.
- R. Wehmer.** Schulhygiene 791.
- Weichardt.** Milch im Haushalt 415.
- Weigmann.** Die Saprophyten der Milch 415. — Milch 417.
- E. Weil.** Hypertrophische Rachenmandel 627.
- E. A. Weil.** Kinderlähmung 376.
- Weil und Clerc.** Anaemia pseudo-leucaemica 38.
- Weil und Tiberius.** Temperaturmessungen 577.
- Weill.** Gelatine bei Säuglingsdiarrhöe 798.
- B. Weill und Desmoulière.** Urologie und Neurosen 809.
- E. Weill und Agnel.** Sterilisierte Windeln 573.
- E. Weill, Lumière und Péhu.** Gelatinebehandlung bei Diarrhöe 577.
- Weill und Péhu.** Meningitis tuberculosa 809.
- E. Weill und V. Thevenet.** Kolostrumkörperchen 577, 687.
- Weinberg.** Angeborener Hydrocephalus 586. — Doppelmißgeburt 591.
- Weiß.** Säuglingsheilstätten 50, 114. — Jodreaktion im Blute bei Diphtherie 641, 794.
- A. Weitzel.** Labgerinnung der Kuhmilch 577.
- Welander.** Behandlung der Augenblennorrhöe 706, 751.
- Wender und Neumann.** Milch 416.
- Werenskiöld.** Milch 416.
- Wernicke.** Angeborene Wortblindheit 706.
- Wernitz.** Akute Infektionskrankheiten 77.
- Werther.** Trichophytie 740.
- West.** Angeborener Magenkrampf 542.
- West und Piper.** Chondodystrophia foetalis 549.
- J. Westcott.** Erstickungstod 538.
- Wex.** Schularzt 795.
- Weydling.** Bauchblasendarm- und Genitalspalte 163.
- Weyl.** Name der Finkelkinder 464.
- W. P. Wheeler.** Milchproduktion 687.
- White.** Eingeklemmter Leistenbruch 547.
- Wichmann.** Nervosität bei Lehrern 795.
- Wick.** Kuhmilch 415.
- Wickenhagen.** Bewegungsspiele 230.
- Widowitz.** Scharlach 459.
- Wieland.** Diphtherieheilserum 337, 457.
- Wieske und Gerber.** Pasteurisation 575, 684.
- Wiesner.** Diphtherie 760.
- Wieting und Niko Cassape.** Hoher Steinschnitt 772.
- Wilbert.** Rachenmandelhyperplasie 23.
- Wilenskin.** Milch 416.
- Willen und Miele.** Milch 416.
- Williams.** Influenza 370.
- Wilson.** Respirationsstörungen bei Neugeborenen 501.
- Windisch.** Milch 418.
- Winkler.** Benigne Hauttumoren 739.
- A. Winternitz.** Fremdkörper in der Speiseröhre 780.
- Winters.** Säuglingsernährung 577. — Milchfermente 577.
- Wintersteiner.** Membrana pupillaris persistens 706.
- Wirthle.** Milch 416.
- Wischmann.** Menstruatio praecox 727.

- Wischnowitz.** Eisentherapie 188.
Wisniewski. Hereditäre Syphilis 89.
DeWitt. Sporadischer Kretinismus 499.
A. Wittek. Sehmentransplantation 626.
Wittemberski. Mucocoele der Siebbeinzellen 299.
Béla Wittmann. Kehlkopfstenose 663.
Wold. Tod nach Diphtherieserum-Injektion 265.
Wolf. Intrauterine Leichenstarre 306. — Milchuntersuchung 798.
Wolff. Milchprüfung 687.
Wohrizek. Skoliosenbehandlung 276.
Woizechowski und Selenowsky. Endogene Infektion des Auges 299.
Wollenberg. Vergiftung mit Kalichloridum 262.
Woods. Vulvovaginitis gonorrhoeica 34.
Wright. Parotitis 370.
Wullstein. Skoliose 278.
Würtz. Säuglingssterblichkeit 167. — Ernährungsphysiologie 485.
Wyss. Kindersterblichkeit und Blasen-seuche der Milchtiere 658.
Yamagucki und Seo. Keratitis fascicularis und Pannus serophulosus 299.
Yatho. Universelles Oedem 586.
A. Zabel. Bleennorrhoea neonatorum 809.
Zacchiri. Diphtheriebazillus 794.
Zahorsky. Leukozyten bei Sommerdiarrhöe 619. Eklampsie 809. — Enuresis 809. — Diphtheriemortalität 809.
Zahrt. Erbliche Flughautbildung 737.
Zangemeister und Meissl. Mütterliches und kindliches Blut 185.
Zappert. Juckausschlag 36. — Lungen- und Herzuntersuchungen bei Schulkindern 81. — Genitalblutungen 343.
Zappert und Jolles. Milchuntersuchung 487.
Zavola. Osteomyelitis 382.
Zebrowski und Palmirski. Scharlachs-erum 763.
Zeidler. Zerebrale Kinderlähmung 500.
F. Zeleniński. Serumbehandlung des Tetanus 750.
Zenczykowski. Sprachstörung bei zerebraler Kinderlähmung 100.
Zimmer. Haltekinder - Sterblichkeit 348.
Zimmermann. Hörprüfung 712.
Zink. Milch 416.
Zolki. Fibrolipom der Gaumentonsille 721.
Zollinger. Schulgesundheitspflege u. Kinderschutz 411.
Zondek. Bauchaktinomykose 273.
O. Zorzi. Basedowsche Krankheit 809. — Keuchhusten 809.
Zuber. Erweiterung der Aorta bei Rheumatismus 332, 591.
Zukanow. Basedowsche Krankheit 651.
Zulkowski. Milch 416.
Zuppinger. Chronische Myokarditis 152. — Laryngitis aphthosa 395. — Oesophagusperforation 591.

Sachverzeichnis.

- Abhärtung** (Buxbaum) 21 — (Krebs) 22 — (Baum) 23 — (Hecker) 571, 803.
- Abnorme Kinder, Fürsorge** (Jaspar) 568 — (Jonckheere) 568 — (Levoz) 569.
- Abszeß, multiple der Haut** (Lecerf) 804, bei Lues (Chaumier) 587 — iuxtalaryngealer (Deguy) 588 — retropharyngealer (Chatelier) 47, 587 — (Morse) 106 — (Cotter) 213 — (Renault) 213 — (Caccia) 785 — subphrenischer (Friderici) 213 — im Schläfenlappen (Frey) 665 — zerebraler (Olsson) 106.
- Acetonämie** (Lamacq-Dormoy) 575.
- Acetonurie** (Pierson) 316 — (Nicolas) 797.
- Achondroplasie** (Vargas) 172 — (Meynier) 216 — (Muggia) 218 — (Swoboda) 250 — (Variot) 250, 586 — (Poncet und Leriche) 502 — (Comby) 579 — (Daniel) 580 — (Gheorghio) 588.
- Acidose und die stickstoffhaltigen Bestandteile des Harns** (Camerer) 1.
- Addison'sche Krankheit** (Richon) 584.
- Adenitis, akute eitrige** (Southworth) 270.
- Adenoide Vegetationen** (Freudenthal) 104 — (Görke) 104 — (Möller) 104 — (Fein) 104 — (Ritter) 104 — (Opdyke) 105 — (Myles) 156 — (Lautenbach) 156 — (Large) 505 — (Floyd) 505 — (Cuvillier) 505, 719, 802 — (Peano) 510 — (Aton) 578 — (Clement) 587 — (Potapov) 719 — (Kantorowitsch) 719 — (Brühl und Nawratzki) 719 — (Takabatake) 719 — (Reinhard) 719 — (Streit) 720 — (de Oliveira) 745 — (Merlo) 745 — und Enuresis (Melzi) 805 — und Thoraxdeformitäten (Becher) 810.
- Adipositas** (Finizio) 543 — dolorosa (Güdjohnson) 575 — (Durante) 783 — nimia, Stickstoffwechsel (Hellesen) 575.
- Aëreophagie** (Utili) 808.
- Aktinomykose** (Zondek) 273.
- Albargin bei Blennorrhöe** (Weilander) 751 — bei gonorrhöischer Vulvovaginitis (Vignolo-Lutati) 809.
- Albuminurie** (Holzer) 582 — zyklische, intermittierende (Stridsberg) 550 — (Froelich) 748 — (Hauser) 803 — (Jacobson) 803 — (Reale) 807 — bei Neugeborenen (Szesenewski) 655.
- Alkohol, Einfluß auf den Organismus** (Tumpowski) 436 — in der Therapie (Minelle) 572 — Umschläge (Kolbasenko) 612 — Vergiftung (Albajedo) 179 — (Grósz) 386 — (Forster) 747.
- Alopecia** (Raclot) 584 — congenita familiaris (Kraus) 739.
- Amaurose nach infektiöser Meningitis** (Blubasch) 625.
- Ammengesetz vor 4000 Jahren** (v. Oefele) 74.
- Amputationen, kongenitale** (Poirier de Clisson) 590 — (Levasseur) 811.
- Amygdalitis** (Mitchell) 157.
- Amyotrophische Lateralsklerose** (Gordon) 205.
- Anämie** (Carrière) 801 — (Perrin) 806 — und Milzvergrößerung (Morse) 254 — Veränderungen von Milz und Thymus (Bagalá und Petrone) 792.
- Anaemia perniciosa progressiva** (Méry) 805.
- Anaemia splenica** (Weil und Clerc) 38 — (Mahar, Nau und Rose) 86 — (Mensi) 216, 805 — (Méry) 583 — (Cuzzolino) 650 —

- (Bucco) 800 — (Caporali und Orsi) 801 — (Richon) 807 — (Scalese) 807.
- Anästhesin (Haug) 341.
- Ancephalie (Lance und Lancevin) 582.
- Anchylostomum (Baravalle) 507 — (Cima) 783.
- Anencephalie (Vurpas und Léry) 586, 760 — (Boissard) 587 — (Brissaud und Bruandet) 800 — und Nebennierenatrophie (Bender und Léry) 572.
- Aneurysma des Arcus aortae (Le Boutillier) 210 — arteriovenosum spurium (Ritscher) 585 — der Poplitea (Black) 810 — Behandlung mit Gelatine (Berger) 145.
- Angina diphtherica recidivans (Nobécourt und du Pasquier) 583 — diphtheroides (Norero) 491 — gangraenosa (Oberwarth) 331 — Ludovici (Aldrich) 331 — (Rothmann) 807 — Vincenti (Royster) 491 — (Conrad) 721 — (Preisich) 781 — Nachkrankheiten (Martin) 804 — Nephritis (Sigogne) 585.
- Angiom (Kirmisson) 270 — (v. Eiselsberg) 345 — (Brudziński) 443 — (Lilienfeld) 775.
- Ankyloblepharon infolge von Trachom (Kos) 380.
- Anophthalmus (Ryan) 590.
- Anschauungsvermögen (Maurer) 795.
- Antipyrin (Gonzalez-Alvarez) 178.
- Aortenaffektion (de la Rue) 585 — (Méry) 805.
- Aortendilatation bei Gelenkrheumatismus (Zuber) 332, 591.
- Aortenruptur (Wasastjerna) 345.
- Aphasie nach Masern (Gilman) 372.
- Aphthen (Zuppinger) 395 — (Housay) 803 — kachektische (del Monaco) 491 — konfluierende (du Pasquier und Voisin) 743.
- Apoplektiformer Insult. (Friedjung und Hecht) 376.
- Appendizitis (Jalaguier) 48 — (Nilson) 108 — (Küttner) 109 — — (Baillet) 446 — (Siredey) 548 — (Griffith) 548 — (Noirclaud) 590 — (Gyo) 771 — (Cyr) 810 — (Kirmisson) 811.
- Appetitlosigkeit (Preuß) 318.
- Aprosexia (Vail) 81 — nasalis (Mouton) 795.
- Argentumkatarrh (Bischoff) 578.
- Armenpflege (Doll) 516 — (Kluge) 516.
- Arsen, Wirkung auf die Niere (Gianasso) 784.
- Arteigenschaft und Assimilation (Hamburger) 570.
- Arthritis (Lacasse) 811 — chronische (Decroly) 802 — deformans (Méry und Guillemot) 583 — multiple (Salomon) 157, 264 — (Pfeiffer) 811 — durch Diplokokken (Simonini) 492 — (Pacchioni) 632 — durch Pneumokokken (Dudgeon und Branson) 810 — tuberkulöse (Génévrier) 773 — und Meningismus (Carrière) 498 — und ophthalmia purulenta (Courtin und Galtier) 580.
- Arthritismus (Nauwelaers) 251.
- Arzneimittel beim Kind (Leavitt) 793.
- Arzneimittellehre (Lyon, Loiseau und Lacaille) 355 — (Bart) 469 — (Macrez) 571.
- Askariden, Toxizität (Cattaneo) 610.
- Aspirationspneumonie (Holsti) 509.
- Aspirin (Thieme) 439.
- Assimilationsgrenze für Zucker (Greenfield) 608.
- Asthma (Stanley) 199 — (Stolkind) 652, 746.
- Ataxie, siehe Friedreich.
- Athetose (Valli) 809.
- Aethylchlorid (Guimarães) 778 — (Vicira) 778.
- Athyreosis, siehe Myxödem.
- Atresia ani vaginalis (Pupke) 812 — des Gehörgangs (Sugar) 342 — hymenalis (Otto) 271.
- Atrophia infantum, siehe Ernährungsstörungen.
- Augenheilkunde, Sammelreferat (Gallus) 298, 705.
- Augenpflege bei Schulkindern (Emerson) 24.
- Auskultation, abdominale (Shaw) 435.
- Autolytische Prozesse (Schlesinger) 239.
- Bacillus proteus vulgaris** (Heim) 197.
- Bacterium coli (Mazzeo) 794.
- Bad bei akuten Krankheiten (Laurer) 572.
- Bakteriämie (Möller) 635.
- Bakteriurie (Mellin) 317 — bei Typhus (Flamini) 158.
- Balkenmangel im Gehirn (Arndt und Sklarek) 499.
- Bandwurm (Stiles) 37.
- Barlowsche Krankheit (Linsbauer) 168 — (Grelley) 246, 575 — (Latour) 251 — (Delcourt) 251, 580

- (Guinon) 251 — (Guinon und Laurent) 251 — (Griffith) 326, 581 — (Knoepfelmacher) 351 — (Heubner) 377 — (Breton) 378, 574, 579 — (Stoß) 503 — (Thierceelin) 577 — (Bardin) 578 — (Comby) 579, 580, 801 — (Gillet) 581 — (Hutinel) 582 — (Netter und Salomon) 583 — (Tissier) 585 — (Foquet) 652 — (Rotch) 652 — (Beadles) 745 — (Apert) 799 — (Ausset) 799 — (Aviragnet) 799 — (Comba) 801 — (Rochon) 807 — (Rogers) 807 — (Triboulet) 808 — (Variot und Thomas) 809.
- Basedowsche Krankheit. (Trischitta) 327 — (Zukanow) 651 — (Zorzi) 809.
- Baseler Kinderheilstätte in Langenbruck 779.
- Bauchblasen-Genitalspalte (Bockenheimer) 46 — (Weydling) 163 — (Blauel) 772.
- Blähhsals (Diehl) 258.
- Blase, epidurale Injektionen bei Erkrankungen (Preindlsberger) 544.
- Blasenekstrophie (Lorthioir) 208 — (Laurent) 811.
- Blasenektomie (Preleitner) 351 — (Meyer) 511 — (Kaiserling) 588.
- Blasenstein (Dsirne) 273.
- Blastomyzeten (Bernstein) 333.
- Bleivergiftung (Berti) 115 — (Escherich) 350.
- Blennorrhoea neonatorum (Carlsburg) 335 — (Yeverka) 573 — (Hirsch) 751 — (Zabel) 809 — Behandlung mit Albargin (Wandler) 751.
- Blut, gesunder Kinder (Karnitzki) 75 — mütterliches und kindliches (Zangemeister und Meissl) 185 — Alkaleszenz des Blutes bei Mutter und Fötus (Confalonieri) 793 — Eisengehalt (Alfieri) 792 — Eosinophilie beim Brustkind (Gagnoni) 316 — Hämoglobingehalt und Zahl der Blutkörperchen (Perlin) 608 — Helminthische Hämolyse (Allaria) 784 — hämolytische Wirkung des Blutserums (Ferrari) 793 — Resistenz der Blutkörperchen und Hämolyse (Cattaneo u. Ferrari) 792 — Isoagglutinine (Langer) 75, 186 — Koagulation des Blutes (Borland) 792 — Jodreaktion der Leukozyten (Dunn) 725 — (Weiß) 794 — Pathologie des Blutes (Mosse und Grünbaum) 365 — Urobilin im Blut eines Neugeborenen (Bara) 572 — Veränderungen des Blutes nach Diphtherieserum - Injektion (Hamburger und Moro) 76 — (Paris) 572 — Gelatine als Hämostatikum (Berger) 145.
- Blutdruck (Cook) 142 — (Durand-Viel) 572 — (Beretta) 725 — bei Diphtherie (Denis) 580.
- Blutuntersuchung bei Appendizitis (Nilson) 108 — bei Atrophia infantum (Schlesinger) 618 — bei Allgemeininfektion der Neugeborenen (Raybaud und Vernet) 573 — bei Diphtherie (Simon) 641, 808 — (Weiß) 641, 794 — bei Keuchhusten (Wanstall) 32 — (Crisafi) 636, 785 — bei Parotitis (Krestnikoff) 334 — bei Sommerdiarrhöe (Zahorski) 619 — bei Typhus (Churchill) 371 — Eosinophilie bei Ekzem (Vernet) 586, 646 — Jodreaktion bei Diphtherie (Weiß) 794 — Leukozytose bei Masern (Manicatide und Galesescu) 766 — Leukozytose bei Masern und Röteln (Plantenga) 642, 806 — Leukozytose bei Tuberkulose (d'Oelsnitz) 806.
- Botalli, Persistenz des Ductus B. (de la Camp) 163 — (Arnheim) 379.
- Brompinklystiere (Rahn) 21.
- Bromoformvergiftung (Oberdorfer) 657.
- Bromtherapie (Clark) 439.
- Bronchialdrüsenkrankungen (Baginsky) 578 — chronische (Salomon) 807 — und tuberkulöse Meningitis. (Weill und Péhu) 809.
- Bronchiektasien (Lapin) 746, 804.
- Bronchiolitis, Schultzesche Schwingungen bei B. (Engel) 20.
- Bronchitis acuta (Demay de Certant) 880 — capillaris (Barbour) 329 — (Mitchell) 746 — chronische (Carrière) 579.
- Buttermilch, siehe Milch und Ernährung.
- Chinaphenin (v. Noorden) 21.
- Chinin, subkutane Anwendung (Aufrecht) 78.
- Chloroform, Diazoreaktion bei Chloroformierten (Basile) 438.
- Chlorose (Hallé und Jolly) 650.
- Chondodystrophia foetalis (Hektoen) 249 — (Swoboda) 250 — (West und Piper) 549.
- Chorea (Hudovering) 200 — (Huber) 201 — (Judson) 319 — (v. Massanek) 319 — (Bracci) 449 — (Guida) 449 — (Gianasso) 450 — (Mettler) 497 — (Lees) 561 — (Ashby) 561 — (Poynton) 562 —

- (Aldrich) 577 — (Barjon) 578 — (Canali) 579 — (Vieq) 586 — (Galdi) 802 — (Ravenna) 807 — chronische progressive (Müller) 583 — electrica (Brudziński) 450 — mollis (Ferrannini) 802 — rheumatische (Kobrak) 99 — Behandlung (Vargas) 178, 809 — (Criado) 178 — (Smith) 449 — (Roeder) 497.
- Choroidea**, Sarkom (Bruner) 511.
- Colicystitis** (Comba) 117.
- Collargol** (Netter) 79, 589 — (Coudray) 587 — (Rommel) 613.
- Consultation de nourrissons**. siehe Fürsorge für Säuglinge.
- Couveuse** (Brudziński) 439 — (Regaud) 573.
- Coxa vara** (Borchard) 512 — (Lieblein) 589 — (M. Cohn) 630 — (Reiner) 812.
- Coxitis** (Ducroquet) 345 — (Enjalbert) 588 — (Calot) 810 — (Calvé und Guillaume-Louis) 810.
- Cyanose**, congenitale (Variot) 378, 502 — (Calabrese) 502 — (Besson) 578 — (d'Abbadie de Barrau) 586 — (Lemaire) 589 — (Lemerle) 804.
- Cyclopos** (Hammer) 744.
- Cystindiathese**, familiäre (Abderhalden) 317.
- Cystitis** (de Lange) 445 — Colicystitis (Comba) 117.
- Cytodiagnostik der Zerebrospinalflüssigkeit** (Perrin) 100 — (Brion) 454 — (d'Orlandi) 454 — (Flamini) 536 — (Fr. und A. v. Torday) 782.
- Dakryoadenitis** (Cabannes und de Boucaud) 579.
- Darm**, Elastinewebe des D. (Fischl) 575 — Struktur des Darmes (Dellamare) 606.
- Darmatresie** (Fuchsig) 46 — (Kuligo) 207 — (Chiari) 271 — (Ciechanowski und Gliński) 445 — (Ulldall) 590 — (Bossowski) 772.
- Darmbakterien** (Jäger) 736 — (Landsberger) 797.
- Darmdilatation**, angeborene (Hall) 163.
- Darminvasion** (v. Eiselsberg) 48 — (Ridell) 107 — (Ackermann) 107 — (Floren) 108 — (Fischer) 108 — (Alapy) 168 — (Rutherford) 271 — (Huber) 548 — (Tatarski) 631 — (Power) 771 — (Kredel) 771 — (Roth) 812.
- Darmokklusion** (Schachner) 345 — (Krogus) 345 — (Dun) 548 — (Banteigne) 578 — (Savariand) 590 — (Gibbon) 810.
- Darmstenose**, angeborene (Maygrier und Saillant) 589.
- Daumen**, symmetrische Verbildung des — (Helbing) 811.
- Debilitas congenita** (Pery) 572.
- Dentitionsfieber** (Corson) 580.
- Dermatitis exfoliativa** (Peyri) 806 — herpetiformis (Meynet und Péhu) 805.
- Dermatobia noxialis** (Frasey) 581.
- Dermoid** der Tonsille (Augier und Lavrand) 260.
- Dermoidzysten** (Kelley) 163.
- Dextrokardie** (Kurrer) 509.
- Diabetes insipidus** (Gentile) 581.
- Diabetes mellitus** (Lomax) 86 — (Froelich) 252 — (Lloyd) 550 — (Birkenheim) 651, 800.
- Diarrhöe**, siehe Ernährungsstörungen.
- Diazoreaktion** (Pelze) 307 — (Basile) 438.
- Didaktik**, experimentelle (Lay) 523.
- Digitus varus** (Derscheid-Delcourt) 111.
- Diphtherie** (B. Kohn) 32 — (Faber) 91 — (Goepfert) 159 — (Longfellow) 193 — (Concetti) 227 — (Fodor) 388 — (Germani) 458 — (Cao) 458 — (Illoay) 458 — (Malinowski) 458 — (Detot) 580 — (Monnier) 583 — (Salmon) 640.
- Diphtherie**, hypertoxische (Raulin) 807 — prolongierte (Aubinière) 375 — Abdominelle Erscheinungen in der Rekonvaleszenz (Auvinet) 799 — Blutdruck bei D. (Denis) 580 — Butuntersuchungen (Simon) 641, 808 — (Weiß) 641, 794 — Erbrechen als ungünstiges Zeichen in der Rekonvaleszenz (Boutin) 579 — Gehörorgan bei D. (Lewin) 339 — Hämorrhagien bei D. (Jouve) 804 — Harnuntersuchung bei D. und Scharlach (Labbé) 374, 582 — Herzthrombose bei D. (Fournier) 581 — Immunisierende Wirkung des Histons bei D. (Flamini) 793
- Vererbung einer Immunität gegen D. (Dzierzowski) 436 — Pathologie der Nervenzelle bei D. (Jabolotnoff) 144 — Periodizität der D. (Gottstein) 671 — und Scharlach (Uffenheimer) 398 — Septikämie bei D. (Ponticaccia und Pasinetti) 458.
- Diphtheriebakterien** (Schiek und Ersetz) 457 — (Stinelli) 458

- (Neisser) 483 — (Longo) 537 — (Schwoner) 611 — (Bourcart) 640, 792 — (Ballin) 641 — (Leegaard) 730 — (Geirsvold) 731 — (Land) 793 — (Zacchiri) 794 — bei Coryza (Ballin) 641, 800 — bei Lidgangrän (Schillinger) 585 — Assoziation mit dem Vincentschen Bazillus (Pacchioni) 785.
- Diphtheriebehandlung** (Armanian) 578, 799 — (Fischer) 581 — (Philhower) 584. Siehe auch Intubation und Tracheotomie.
- Diphtheriediagnose** (Deguy und Patry) 580 — (Billings) 639 (Wiesner) 760.
- Diphtherieepidemie** (Ferrier) 802.
- Diphtherielähmung** (de Stelle und Miele) 91 — (Aubertin) 193, 578. — (Sharp) 194 — (Beard) 265 — (Peter) 458 — (Felt) 458 — (Schwenk) 458 (Deguy) 580, 760 — (Ferré) 580 — (Soulé) 585 (Sufrin) 761.
- Diphtherielokalisation.**
Adenoiditis diphth. (Rocaz) 193, 585 — (Vergely) 586 — Angina diphth. (Barbier) 800 — (Cruchet) 802, larvierte (Schön-Ladniewski) 337, 585, rezidivierende (Nobécourt und du Pasquier) 583 — Krupp (Delcourt) 92 — (Montefusco) 805 — Larynxdiphtherie, Rezidiv (v. Schöller) 337 — Rhinitis diphth. (Elman) 640 — (Hélot) 581, bei Säuglingen (Mensi) 457 — Vulvovaginitis diphth. (Eriksson) 580.
- Diphtherieprophylaxe** (Caillé) 539 — (Ausset) 578, 799 — (Suarez de Mendoza) 585 — (Variot) 586 (Salmon) 761 — (Dubois) 802.
- Diphtherierezidive** (Raulin) 807 — und Rückfälle (Concetti) 338.
- Diphtherieserum** (Pulawski) 90 — (Lichtwitz) 91 — (Mongour) 159, 572 — (v. Gerloczy) 170 — (Llorente) 174 — (Comby) 174, 586, 801 — (Vargas) 174 — (Mya) 225 — (Bandi) 265 — (Gerlach) 265 — (Wieland) 337, 457 (Kassowitz) 337 — (Geissler) 337 — (Maggiora) 572 — (Martin) 572, 611 — (Sevestre und Aubertin) 585 — (Billings) 639 — (Valagussa) 761 — (d'Astros) 799 — (Coldefy) 801 — (Rossi) 807 — (Rozet) 807 — (Taillens) 808 — (Zahorsky) 809 — bei Pneumonie und infektiöser Meningitis — (Gay) 803 — intravenöse Serumtherapie 573 — Serumexantheme (Monti) 32, 91 — (Galitsis) 581 — (Skála) 761 — Veränderungen des Blutes — (Paris) 572, des Zentralnervensystems (Villa) 809 — Hypoglottisches Oedem nach Seruminjektion (Mya) 527, 785.
- Diphtheriestatistik** (Papavasilion) 494 — (Carlsen u. Heiberg) 760.
- Diphtherietoxin als Ursache von Herztod** — (v. Stejskal) 728.
- Diuretische Wirkung rektaler Irrigationen** (Kemp) 77.
- Duodenum, angeborener Verschluss** (Preisich) 590.
- Dysenterie, (Auché) 796 — Leberabszesse** (de Oliveira) 290.
- Dyspesie, siehe Ernährungsstörungen.**
- Dysthyreosis** (Geldern) 257.
- Echinokokkus** (v. Lallich) 506 — (Concetti) 801 — der Leber (Kelemen) 387 — der Pleura (Springer) 37 — des Stirnlappens (Castro) 322.
- Eisentherapie** (Wischnowitzer) 188.
- Eklrie** (Sukehito-Ito) 751.
- Eklampsie** (Colton) 202 — (Zahorski) 809 und Epilepsi (Valli) 809.
- Ektromelie** (Palmiéri) 590.
- Ekzem** (Boivin) 579 — (Bureau) 579 — (Beck) 387, 663 — bei Brustkindern — (Quillier) 584 — Eosinophile bei E. (Vernet) 586, 646 — Plötzliche Todesfälle nach Abheilung von E. (Cohn) 737.
- Elastingewebe des Säuglingsdarmes** (Fischl) 575.
- Elephantiasis, kongenitale** (Swoboda) 351.
- Emboli und Thrombosen der Hirngefäße** (Orefice) 626.
- Emphysem** (Vargas) 173 — subkutanes bei Pneumonie (Camus) 801.
- Empyem** (Nathan) 209 — (Lenhart) 271 — (Blaker) 546 — (Blanchet) 579 — (Pearson) 746 — (Pearson und Mummery) 806 — (Vargas) 809 — latentes (Pearson) 806.
- Encephalitis haemorrhagica** (Bombicci) 453.
- Entbindungslähmung** (Eversmann) 152 — (Stolper) 377 — (Rühle) 543.
- Enterokatarrh** (Salge) 392.
- Enterokystom** (Krogus) 345.
- Enuresis** (Darby) 200 — (Kapsammer) 318, 352 — (Montfort) 451,

- 805 — (Reinach) 498 — (Rey) 565
 — (Bordes) 579 — (Kantorowitsch)
 719 — (Albert-Weill) 799 — (Cathel-
 lain u. Barthélemy) 801 — (Farez)
 802 (Masmonteil) 804 — (Melzi)
 805 — (Zahorsky) 809.
- Eosinophilie** beim Brustkind
 (Gagnoni) 221, 316 — bei Ekzem
 (Vernet) 586, 646.
- Ependymitis** (Coutts) 153.
- Epidermolysis bullosa hereditaria** (Bettmann) 740 — (Bukovsky) 741.
- Epilepsie** (Großkopff) 102 — (Doustrebente und Croisier) 166 — (Bourneville) 467 — (Aschaffenburg) 519 — (Ravenna) 807 — und Eklampsie (Valli) 809 — Augenuntersuchungen bei E. (Thorey) 500.
- Epityphlitis** (Hoffmann) 588, 811.
- Erbrechen**, Hirndruck bei E. (Cozzolino und Pezzulo) 219 — zyklisches, rezidivierendes (Ely) 155 — (Edsall) 191 — (Nauwelaers) 251 — (Pierson) 316 — (Delcourt) 574 (Lamacq-Dormoy) 575.
- Ernährung** (siehe auch Milch) des Säuglings. (Mann) 25 — (Marfan) 54 — (Calatraveno) 170 — (Vargas) 170 — (Concetti) 171 — (Monti) 171 — (Maurel) 234 — (Loewe) 235 — (Mastin) 245 — (Tuley) 245 — (Mc Alister) 245 (Hamill) 246 — (Fischl) 246 — (Muggia) 286 — (Guidi) 286 — (Chapin) 312 — (Butte) 353 — (Budin) 409 — (Legrand) 410 — (Adriançe) 441 — (Rotch) 486 — (de Rothschild) 541 — (Kerley, Gieschen und Myers) 541 — (Connors) 574 — (Le Gendre) 575 — (Huguenin) 575 — (Lasnière) 576 (Moro) 576 — (Rolet) 576 — (R. St. Philippe) 576 — (Toeplitz) 577 — (Weil und Tibérius) 577 — (Winters) 577 — (Park und Holt) 617 — (Mc Caw) 791 — (Alvarez) 795 — (Mc Cleary) 796 — (Decker) 796 — (Leibsohn) 797 — (Naudin) 797.
- Ernährung an der Brust** (Davis) 246 — (Monti) 309 — (Paffenholz) 309 — (Selter) 310 — (Korybut - Dankiewicz) 441 — (Würtz) 485 — (Perret) 487, 540, 576, 797 — (Siebert) 487 — (Mesnil) 540 — (Prip) 541 — (Comby) 574 — (Gaulard und Rué) 575 — (Philippet) 576 — (Porak) 576 — (Schloßmann) 731 — (Ferreri) 785 — (v. Bunge) 791 — (Cozzolino) 793 — (Diot) 793 — Steigerung der Milchsekretion. — (Vallana) 217 — (Laisney) 247 — (Prip) 797 — Kinder nephritischer Mütter (Pacchioni) 124, 147 — (Cozzolino) 783 — Tānie dei der Stillenden, Eosinophilie beim Säugling (Gagnoni) 316 — Abstillen (Ausset) 574 — Allaitement mixte (Voix) 310 — (Périer) 489.
- Ernährung, künstliche** des Säuglings (Ladd) 25 — (Connors) 189 — (Graham) 245 — (Grelley) 246 — (Carel) 246 — (Biel) 311 — (Concetti) 312, 574 — (Hubert) 352 — (Knoepfelmacher) 489 — (Charles) 574 — (Méry) 576 — (Thiénot) 798 — mit roher Milch (Bartley) 147 — (Raimondi) 616 — mit Vollmilch (Fitschen) 312 — mit Rahmge-
 menge (Gernsheim) 83 — mit Buttermilch (Jacobson) 24 — (Selter) 53 — (de Rothschild) 542 — (Arraga) 573 — (Cruchet) 574 — (Rommel) 733 — (Kobrak) 734 — mit Pegnimilch (Levy) 313 (Reinach) 390 — (Oppler) 530 — mit Székelyscher Kindermilch (Grósz) 169, 19) — mit Kindermehlen (Merhaut) 734 — mit Laevulose (Fürst) 26 — mit Odda (E. Müller) 313 — mit Soxhlets Nährzucker (Brüning) 796 — kohlehydratreiche Kost (Méry) 576.
- Ernährung** des frühgeborenen Kindes (Boissard und Devé) 796 — des Erwachsenen mit Milch (Schloßmann und Moro) 732 — Volks-
 ernährung (Grotjahn) 440.
- Ernährungsstatistik** (Schloßmann) 393.
- Ernährungsstörungen** (Cotton) 245 — (Bloch) 517 — (Baginsky) 574 — (Bardet) 574 — (Bendix) 574 — (Elterich) 574 — (Steinitz) 576 — (Sullivan) 798 — bei Brustkindern (Variot) 188 — (Bar) 244 — (H. de Rothschild) 246, 576 — (Bouchacourt) 574 — (Mensi) 784 — bei Kindern nephritischer Ammen (Pacchioni) 797 — nach dem Abstillen (Ripart) 798 — und pruriginöse Dermatosen (Béquinot) 796.
- Athropsie** (Paternó) 148 — (Muggia) 784 — **Atrophia infantum** (Aballi) 795 — (Variot und Saint-Albin) 577, 798. — **Anämie** und Leukozytose bei Atrophie (Schlesinger) 618 — **Autointoxikation** (Jennings) 149 — (Marfan) 576 — **Dyspepsia intestinalis acida** (Raczynski) 85 — **Meningitische Erscheinungen**

- bei E. (Ausset und Brassart) 148, 574, 736 — (Ausset) 574 — Säureintoxikation und chronische Gastroenteritis (Romme) 798 — akute gastrointestinale Toxinfektionen (Concetti) 796 (Méry) 805 — Akute Gastroenteritis (Morse) 190 — (Hutinel) 369, 575, 803 — (Pouchkine) 576 — (Babonneix) 796 — (Prandi) 797 — Cholera infantum (Orefice) 797 — Dysenterie (Douval) 574 — Dyspepsie (Hutinel) 575 — (Méry) 576 — und Fermente der Frauenmilch (Filia) 796 — Enterocolitis mucomembranacea (Giffard) 575 — Enterokatarrrh (Salge) 392 — Streptokokkenenteritis (Nobécourt) 736 — Kolik (Mc Alister) 795 — Ueberernährung (Colombani) 248 — (Robin) 576 — (Fatout) 796 — (Loisel) 797 — Darmspülungen bei Dysenterie und Enteritis (Fjodrowitsch) 620 — Frauenmilch bei Dünndarmkatarrrh (Salge) 733 — Fermenttherapie der Atrophie (Siegert) 392 — Gelatine bei Diarrhöe (Weill, Lumière und Péhu) 577 — (Patricot) 797 — (Weill) 798 — Reismehl bei Gastroenteritis (Gillet) 796 — Siehe Sommerdiarrhöe.
- Erstlingsbekleidung** (Assmus) 308.
- Erstickungstod** (Westcott) 538.
- Erysipel** (Marmiol) 804 — Rezidiv (Variot) 809.
- Erythema exsudativum multiforme** (Hohlfeld) 803 — infectiosum morbilliforme (Heimann) 566 — morbilliforme (Raymond) 807 — nodosum (Fuhrmann) 35 — (Kuhn) 198 — (Korybut-Dankiewicz) 508 — scarlatiniforme (Cuzzolino) 157.
- Erythrodermia exfoliativa** (Rocchi) 807.
- Etappenverbände** (Ritschl) 279.
- Exantheme, Differentialdiagnose** (Somerset) 460 — Prophylaxe (Elgart) 670.
- Exenzephalus** (Szybowski) 769.
- Exostosen** (Lenglet u. Mantoux) 46 — (Grünfeld) 350 — (Aglot) 810.
- Facialislähmung, angeborene** (Rainy u. Fowler) 43 — (Lévi u. de Rothschild) 582, 766 — (Souques u. Heller) 585 — (Heller) 803.
- Fäces, Buttersäurebakterien** (Pasinini) 85 — Bakterienmenge (Leschziner) 735 — Moulagen (Röder) 798.
- Farbenblindheit** (Roselli) 435.
- Farbensinn** (Rachlmann) 794.
- Femur, Osteosarkom** (Galtier) 588. — **Fraktur** (Kirmisson) 588.
- Ferienkolonien** (Deutsch) 783.
- Fermente, siehe Milch.**
- Fibula, angeborener Mangel** (Haim) 45 — (Carini) 783.
- Fieber** (Duenas) 142 — protrahiertes (Mya) 534.
- Findelkinder** (Chevillet) 812 — (Rhém) 813 — Name der F. (Weyl) 464.
- Findelwesen, italienisches** (Turcsányi u. Engel) 593, 813.
- Fissura naso-labialis** (Carini) 783.
- Fleisch, Verdauung** (Fede u. Finizio) 796.
- Flughautbildung, erbliche** (Zahrt) 737.
- Fötus, abnormes Gewicht** (Thoyer-Rozat) 573 — **Entwicklung des F.** (Legon) 572 — **Entwicklung der Knochen beim F.** (Clapatt) 482 — **Pathologie und Hygiene** (Ballantyne) 232 — **Einfluß psychischer Emotionen der Mutter auf die Entwicklung des F.** (Féré) 19 — **Leber- und Nierenläsionen bei Kindern eklamptischer Mütter** (Bar) 578 — **Intrakranielle Blutungen beim F.** (Stewart) 110 — **Kopfmaße** (Vallois) 306 — **Knochenkrankungen beim F.** (Silberstein) 379.
- Fontanelle, Spannung** (Grumbach) 593.
- Frakturen, multiple Spontanf.** (John) 744 — **intrauterine** (Sperling) 45 — **des Humerus** (Savariand) 206 — **suprakondyläre des Humerus** (Hilgenreiner) 776 — **des Oberschenkels** (Kirmisson) 588.
- Franzensbad** (A. Epstein) 572.
- Fremdkörper in der Blase** (Villemain) 591 — **im Bronchus** (Torretta) 784 — **im Darm** (Baginsky) 578 — (Royster) 812 — **inspirierte** (Pieniazek) 791 — **in der Iris** (Szuchow) 627 — **im Larynx** (Baginsky) 578 — **in den Luftwegen** (Kredel) 48 — (Comba) 218 — (Proto) 812 — **im Magen** (Bruch) 587 — **in der Nase** (Reinhard) 719 — **im Oesophagus** (Mya) 224 — (Baginsky) 578 — (Groß) 588 — (Schilleau) 590 — (Kalayéropoulos) 777 — (Winternitz) 780 — (Gailhac) 810 — **im Wurmfortsatz** (Spieler) 665.
- Friedreichsche Ataxie** (Bailly) 100 — (del Vecchio) 220 — (Collins) 261 — (Mannini) 451.

- Frühgeborene** (Perret) 186 — (François) 538 Ernährung (Boissard u. Devé) 796 — geringes Geburtsgewicht (Oberwarth) 806 — Hämorrhagien des Zentralnervensystems bei F. (Couvellaire) 580 — Infektion bei F. (Mensi) 794.
- Fürsorge** (Engelmann) 146 — (Ferrari) 812.
- Fürsorge für abnorme Kinder** (Jaspar, Jonckheere) 568 — (Lévoz) 569 — (Strauß) 573 — (Bourneville) 794 — (Graf) 794.
- Fürsorge für Säuglinge** (Weiß) 50, 114 — (Dietrich) 51 — (Hastings) 51 — (Lust) 113, 559, 592 (Brunard) 114 — (Jelski) 114 — (Demay) 114 — (Eustache) 126 — (Würtz) 167 — (Oedön) 170 — (Peyroux) 171 — (Deutsch) 171, 515 — (Fatas) 171 — (Friedjung) 214 — (Kerr) 214 — (Keller) 282, 592 — (Marfan) 283 — (Variot) 284 — (Bresset) 346, 383 — (Mocquot) 347, 592 — (Rivière) 347 — (Effler) 347 — (Budin) 348, 409, 591 — (Zimmer) 348 — (Becker) 384 — (Clerfayt) 408 — (Zollinger) 411 — (Finkelstein und Ballin) 463 — (Jonkers) 466 — (Maygrier) 515 — Pütter 515 — (Margouliès) 559 — (Paffenholz) 560 — (Ausset und Oni) 591 — (Bernson) 591 — (Brunon) 591 — (Charles) 591 — (Cormier) 591 — (Decherf) 591 — (Deleau) 591 (Desfosses) 591 — (Devé) 591 — (Houssay) 592, 812 — (v. Körösy) 592 — (Lambinon) 592, 658 — (de Lavarenne) 592 — (Légrand) 592 — (Lemière) 592 — (Moreau) 592, 658 — (Mouret) 592 — (Freeman) 659 — (Sorre) 779 — (Krautwig) 785 — (Hochhaus) 785 — (Barbachano) 812 — (Barbier u. Delcominette) 812 — (Bonnaves) 812 — (Cayrol-Blum) 812 — (Horand) 812 — (Méry) 812 — (de Rothschild) 813 — (R. St. Philippe) 813 — (Royer) 813.
- Fürsorge für Wöchnerinnen** (Jamhon) 280 — (Fouquet) 592 — (Flambart) 592 — (Roger) 593 — (Schwartz) 593.
- Fürsorgeerziehung** (Schiller, Schmidt u. Köhne) 516.
- Fuß, Entwicklung des kindlichen F.** (Spitz) 812 — Mißbildungen (Hugel) 173 — (Vulpis) 173.
- Gangrän bei Typhus** (Vezeaux de Lavergne) 586.
- Gangstörungen bei Tetanie** (Kallischer) 804.
- Gastritis, chronische** (Wachenheim) 107.
- Gastroptose** (Krasnobajew) 655.
- Gastrotomie** (Adenot) 587.
- Gaumen, hoher** (Bloch) 721 — (Beuten) 721.
- Gaumensegellähmung, siehe Lähmung.**
- Gaumenspalte** (Brophy) 510.
- Gebirgsmärsche** (Battistini) 368.
- Gedächtnis der Schwachbefähigten** (Lobsien) 447.
- Gelatine als Hämostatikum** (Berger) 144 — (Baginsky) 578 — bei Diarrhöe (Weill, Lumière u. Péhu) 577 — (Patricot) 797 — (Weill) 798.
- Gelenkserkrankung, chronische, nach Still** (Weber) 98, 198.
- Genitalblutungen bei Neugeborenen** (Zappert) 343.
- Genitalorgane, Anomalien der G. bei Idioten und Neuropathischen** (Berti) 800.
- Genu recurvatum** (Decroque) 588.
- Gesundheit u. Erziehung** (Sticker) 791.
- Gesundheitspflege** (Hochsinger) 54.
- Gewebssäfte, physikalisch-chemisches Verhalten** (Sommerfeld und Röder) 794.
- Gewohnheiten, schlechte** (Ley) 769.
- Gipsverband, artikulierender** (Lieblein) 777.
- Glioma cerebri** (Friedjung) 41.
- Glykogen** (Jovane) 222.
- Glykosurie bei Otitis** (Frey) 341 — bei Keuchhusten (Crisafi) 636, 785.
- Gonokokken, Abszesse** (Gershel) 97 — Arthritis nach Conjunctivitis gonorrhoeica (Galtier) 581 — (Nobécourt und Vitry) 583 — Peritonitis (Galvagno) 554 — (Northrup) 633 — Urethritis (Lowenburg) 97 — Vulvovaginitis (Woods) 34 — (Koplik) 554 — (Labusquière) 582 — (Dukelski) 633 — (Rudski) 634 — (Bandler) 634 — (Michalovitch) 805 — (Vignolo-Lutati) 809.
- Gonorrhöe** (Baginsky) 578 — (Kimball) 635.
- Goutte de lait, siehe Fürsorge für Säuglinge.**
- Granulosis rubra nasi** (Dubreuilh) 580 — (Audry) 799.

- Hämarthrose** (Dufour) 648.
Hämatokele. (Bar und Agnaud) 800.
Hämatom des Sternokleidomastoideus (Veyrassat u. Arabian) 591.
Hämaturie bei Nephritis (Fontanié) 581 — infolge von Skorbut (Smith) 808.
Hämoglobinurie paroxysmale (Burekhardt) 256 — (Mc Caw) 509.
Hämophile Bazillen (Giarre und Picchi) 555.
Hämophilie (Abderhalden) 648 — (Faludi) 782 — mit Hämarthrose (Dufour) 648 — Gelatinebehandlung (Baginsky) 578.
Hämorrhagie des Darmes beim Neugeborenen (Oui) 584, 806 — des Zentralnervensystems (Courclaire) 206 — zerebrale (Philips) 769.
Hämorrhoiden (Reinbach) 632 — (Ghislain u. Houzel) 803 — (Houzel) 811.
Halsfisteln (Germond) 588.
Halszysten, angeborene (Lorthioir) 112 — (Veau) 629.
Harn. Azetonurie (Pierson) 316 — (Nicolas) 797 — Alimentäre Chlorurie bei Scharlach und Diphtherie (Labbé) 374, 582, 616 — Bakteriurie (Flamini) 158 — (Mellin) 317 — diuretische Wirkung rektaler Irrigationen (Kemp) 77 — Fötale Harnsekretion (Zangemeister und Meißl) 185 — Glykosurie bei Keuchhusten (Crisafi) 636, 785 — bei Otitis (Frey) 341 — Hämaturie bei Nephritis (Fontanié) 581, 802; infolge Skorbut (Smith) 808 — Paroxysmale Hämoglobinurie (Burekhardt) 256 — (Mc Caw) 509 — Kryoskopie (Giavotti) 615 — Lävulosurie (Mensi) 783 — Neutrales Magnesiumphosphat im H. (Jennings) 149 — Pollakiurie und Enuresis (Reinach) 498 — Phosphaturie (Lange) 26 — Safraninzuckerprobe (Christopher) 317 — Die stickstoffhaltigen Harnbestandteile und die Azidose (Camerer) 1 — Urologie und Neurosen (Weill und Desmoulière) 809 — Siehe Albuminurie, Enuresis, Niere.
Harnsäurebildung (Frölich) 726.
Hasenscharte (Kirmisson) 344, 588 — (Haymann) 379 — (Löwy) 589.
Hassalsche Körperchen (Mensi) 141.
Haut. Aplasie der Kutis und Subkutis (Voerner) 737 — benigne Tumoren der H. (Winkler) 739 — chronische Dystrophie und Trophoneurosen der H. (Volhard) 259.
Hautemphysem (Althausen) 647.
Hautinfektionen, sterile Windeln (Weill und Agnel) 573.
Hautkrankheiten (Sobel) 244.
Hauttuberkel (Rensburg) 52.
Headache Zonen (Bartenstein) 451.
Hebammenwesen (Schultze) 593.
Hedonal bei Chorea (Vargas) 809.
Heilstätten, siehe Hospitäler und Seehospize.
Helminthiasis (Barsi) 330 — (Pestana) 747 — (Allaria) 784 — (Capitan) 801.
Hemicephalus (Sternberg und Latzko) 452.
Hemignathie (Bürger) 162.
Hemihypertrophie (Hymanson) 342.
Hemimelia thoracica (Tonarelli) 675.
Hepatitis mit Ikterus (Pacchioni) 147 — Parenchymatosa bei Dysenterie (Auché) 796.
Hernie (Taylor) 271 — (Campbell) 810 — eingeklemmte (Vaughan) 210 — (White) 547 — diaphragmatica (Maygrier) 589 — (Nau) 811 — Inguinalh. (Cumston) 588 — (Lambret) 589 — (Nicholson) 773 — Lungenh. (van Haelst und Vercauteren) 209 — (Frontini) 785 — Nabelh. (Escherich) 174, 181, 351 — (Paguy und Esmonet) 590 — (Laurent) 811 — eingeklemmte (Brindeau) 587 — Nabelschnurbruch (Lotheissen) 547 — (Knoop) 773 — Ovarialh. (Schnitzler) 590.
Herniotomie (Grunert) 272.
Heroin (Price) 79.
Herpes tonsurans (Joseph) 35.
Herpes zoster (Fabre) 646 — und Masern (Vergely) 586.
Herpes zoster ophthalmicus (Gevaert) 36.
Herz. Akzidentelle Geräusche (Rheiner) 654 — Erkrankungen (Hochsinger) 40 — (Concetti) 119 — (Cassel) 330 — (Variot) 586, — angeborene (Hamill) 444 — angeborene Herzfehler (de la Camp) 163 — (Gutkind) 255 — (d'Abbadie) 586 — (Chéron und Jeannin) 587 — (Grosse) 588 — (Comby) 654 — (Mosse) 806 — angeborene Herzhypertrophie (Efron) 254 — Mißbildung (Haushalter und Richon) 654, 803 — Dextrokardie (Kurrer) 509 — hereditäre kongenitale Herzleiden (Ferrannini) 580 — (Arnone)

- 799 — Ectopia cordis (Matteucci)
 444 — (Loránd und Faludi) 782 —
 Endokarditis (Blum) 256 — (Prandi).
 444 — foetalis (Pennato) 806 —
 — Endokarditische Geräusche
 (Ovazza) 784 — Herzdilatation,
 Myocarditis diphtherica (Cruchet)
 802 — Myocarditis morbillosa
 (Buzzi) 800 — Mitraliserkrankung
 (Bernd) 152 — Perikarditis (Guinon)
 330, 581 — (Aviragnet und d'Oels-
 nitz) 578 — (Coutts) 753 und
 Empyem (Peters und Rudolf) 806
 — Tuberkulose des Perikards
 (Chappé) 801 — Herz und Rheu-
 matismus (Ausset) 799 — Herz-
 thrombose bei Diphtherie (Fournier)
 581 — Opium bei Karditis (Morison)
 805 — Radioskopische Untersuchung
 des Herz- Blutgefäßsystems
 (Ascarisi) 783.
 Hirn, Gliom (Friedjung) 41 — Skle-
 rose (Franzoni) 120.
 Hirnchirurgie (Broca) 571.
 Hirndruck bei Erbrechen (Cozzo-
 lino und Pezzulo) 219.
 Hirngewicht (Pflister) 434.
 Hirnhypertrophie (Schick) 204.
 Hirnverletzungen (Rensburg)
 215 — (Bignami) 664.
 Histon, immunisierende Wirkung
 bei Diphtherie (Flamini) 793.
 Hodengeschwülste (Schön) 342.
 Hörstummheit (Maas) 565.
 Hörvermögen bei Schulkindern
 (Daae) 729.
 Hospitälér, in Boston (Hastings)
 51 — Poliklinik (H. de Rothschild)
 52, 558 — (Langenbruck) 279 —
 in Athen (Papavassilion) 383 —
 Berliner Kinderklinik (Hopfen-
 gärtner) 383, 812 — Wiener Jubi-
 läumsspital (Linsbauer) 389 —
 Berliner Kinderasyl (Finkelstein
 und Ballin) 463 — Seehospiz zu
 Refsnäs 558 — Kinderheilstätte in
 Belzig (Fränkel) 592 — Seehospiz
 in Juelsminde (Hoff-Hansen) 592 —
 Kinderpoliklinik zu Marthahjemmet
 (Lendrop) 592 — die Kinderheil-
 stätte in Halle (Schmid-Monnard)
 593 — Heilstätten in Rußland (Weber)
 593 — Kinderspital in Basel 660
 — Klinik in Rom (Concetti) 791
 — Spital in Mailand (Rendiconto)
 813 — Kinderheilstätten (Ritter)
 813.
 Hospitalmilieu (Barthélemy) 559.
 Hüftgelenksluxation, kongeni-
 tale (Müller) 113 — (Smith) 213,
 563 — (Motta) 216 — (Redard)
 275 — (Hausner) 275 — (Errea)
 382 — (Taylor) 545 — (Burghard)
 562 — (Colm) 587 — (Ducroquet)
 588, 810 — (Bülöw-Hansen) 777
 (Boureau) 810 — (Cohn) 810 —
 (Le Damany) 810 — (Froehlich)
 810 — (Joachimsthal) 811 — (Jouon)
 811 — (Laurent) 811 — spontane
 (Variot) 590.
 Humerusfrakturen, nervöse
 Komplikationen (Savariand) 585.
 Hydrokephalus (Degré) 153 —
 (v. Bókay) 153 — (Szlávik) 321 —
 (Oberndorfer) 508 — (Chavialle)
 579 — (Trinkler) 626 — chronischer
 (Cozzolino) 801 — kongenitaler mit
 Phokomelie (Weinberg) 586.
 Hydronephrose (Mauclaire) 589.
 Hydrops (Fairbanks) 508.
 Hygiene des Kindes (Fischer) 571.
 Hygiene, Jahresbericht (Pfeiffer)
 524 — Lehrbuch (Heim) 469.
 Hyperhydrosis (Palmarini) 806.
 Hypertrophia cerebri (Schick)
 204.
 Hypoglottisches Oedem nach
 Seruminjektion (Mya) 527.
 Hypospadie (Martina) 772.
 Hysterie (Friedjung) 200, 351 —
 (Thiemich) 396 — (Bruns) 396 —
 (Bourneville) 467 — (Barjon) 578
 (Huyghe) 803 — (Le Ridant) 807
 — (Terrien) 808 — Autosuggestion
 (Ewald) 802 — Blindheit (Czel-
 litzer) 449 — Hemikontraktur
 (Bernard) 578 — Kontraktur (Luc-
 angeli) 804 — Opisthotonus (Gau-
 dini) 448.
 Ichthyosis congenita (Kozerski)
 502 — foetalis (Dubois-Havenith)
 646.
 Idiotie (Bourneville) 326, 467, 668
 — (Boyer) 579 — amaurotische
 familiäre (Sachs) 44 — Gehörorgan
 der Idioten (Brühl und Nawratzki)
 719.
 Ikterus (Aubertin) 578 — nach
 Scharlach (Schostak) 807.
 Ileus (Rebentisch) 382.
 Immunität, Schutzimpfung, Serum-
 therapie (Dieudonné) 469.
 Impetigo (Jacobson) 582.
 Impfschutzverband (Teich) 188.
 Impfstoffe und Sera (Deutsch und
 Feistmantl) 787.
 Infantilismus (Bourneville) 326
 — (Debove) 580 — und Neben-
 niereninsuffizienz (Morlat) 583.
 Infektionskrankheiten, Pro-
 phylaxe (Méry) 49, 592 — (Keller)

- 385 — (Moussous) 514, 592, 779 — (Sinding-Larsen) 779 — Behandlung (Wernitz) 77 — Wiener Statistik (Rosenfeld) 593.
- Influenza (Gillet) 198, 581 — (Ballerini) 226 — (Valagussa) 227 — (Guimaraes) 264 — (Williams) 370 — (Giarrè) 785 — (Aguilar) 799 — (Spiegelberg) 808 — Asthma (O. de Oliveira) 584, 750 — Bakteriologie (Giarrè) 121 — Bronchopneumonie (Boscolo) 492 — akute Konjunktivitis bei I. und Masern (Giarrè und Picchi) 555 — Pharyngitis und Laryngitis (Treitel) 103. — Urämie nach I. (Jegorin) 636 — und eitrige Meningitis (Hecht) 99.
- Influenzabazillen bei Masern und Scharlach (Liebscher) 30.
- Inkubationszeit (v. Pirquet und Schick) 239, 536 — (Genersich) 661.
- Instinkte, Ausnutzung der I. (Foveau de Courmelles) 146.
- Intertrigo, Tannoform (Ostrowsky) 21, 79, 308.
- Intubation (Sippel) 89, 166 — (Caccia) 116 — (Valagussa) 174 — (Fatjo) 174 — (Rosenthal) 338 — (Northrup) 338 — (Shurley) 375 — (v. Bokay) 388 — (Taylor) 442 — (Solimene) 443 — (Duel) 443 — (Belfiore) 443 — (Cuno) 514 — (Berg) 545 — (Lundgren) 546 — (Marfan) 589 — (Masbrenier) 589 — (Schiffers) 628 — (Feirando) 628 — (Wittmann) 663 — (Fischer) 721 — (Brunard) 800 — (Delcourt) 802.
- Intussuszeption, siehe Darm.
- Inagination, siehe Darm.
- Isoagglutinine (Langer) 75, 186.
- Isolierung, siehe Infektionskrankheiten — Prophylaxe.
- J**odferratose (Bardach) 406.
- Juckausschlag (Zappert) 36.
- K**ali chloricum-Vergiftung (Wollenberg) 262.
- Kardiospasmus (Freund) 15.
- Kefir (Hecker) 613.
- Kehlkopf des Kindes (Schiffers) 794 — Diaphragma (Sippel) 111 — Papillom (Lämmerhirt) 344 — (Summers) 545 — (Neubauer) 662 — (Gradenigo) 785.
- Kephalhämatom (Maygrier) 589 — (Schliper) 807.
- Kephalohydrocele (v. Friedländer) 544.
- Keratomalacie (Koun) 582.
- Keratosi follicularis (Begroff) 646.
- Kernschwund, Möbiusscher (Rainy und Fowler) 43.
- Keuchhusten (Avellis) 95 — (Hull) 96 — (Cesarani) 461 — (R. St. Philippe) 585 — (Jacobson) 637 — (Aranda) 799 — (Arnheim) 799 — Aetiologie und Pathogenese (Reyher) 751 — Behandlung (Swoboda) 96 — (Stepp) 96 — (Vargas) 175, 809 — (Schreiner) 262 — (Sobel) 334 — (Kilmer) 461 — (Kittel) 461 — (Gripat) 581 — (Manicatide) 752 — (Amat) 799 — (Dhourdin und Lalesque) 802 — (Zorzi) 809 — Blutbefund bei K. (Wanstall) 32 — (Crisafi) 636 — Diagnose (Wanstall) 32 — Komplikationen (Turnowsky) 32 — (Foggie) 97 — (Jochmann und Moltrecht) 329 — (Swoboda) 352 — (Aldrich) 460 — (Graham) 461 — (Neurath) 497, 665 — (Altmann) 799 — Jodophile Reaktion und Glykosurie bei K. (Crisafi) 636, 785 — Leberfunktion (Benedetti) 792 — Einfluß der Vakzination (Pochon) 584.
- Kieferhöhlenentzündung (Bourragué) 587.
- Kinderkliniken, Notwendigkeit (Heubner) 558.
- Kinderkrankenwagen (Engel) 367.
- Klavikuladefekte (Preleitner) 45 — (Sherman) 212 — (Groß) 510 — Fraktur (Delbecque) 588.
- Kleinhirnmangel, beiderseitig (Anton) 799.
- Klumpfuß (Armann) 212 — (Brocca) 274, 587 — (Vulpus) 512 — (Pélissard) 590 — (Veslin) 591 — (Kirmisson) 811 — (Laurent) 811 — (Reitz) 812.
- Kniegelenks - Resektion (Hofmeister) 109.
- Knochendeformitäten, angeborene multiple (Alvarez) 274.
- Knochenerkrankung im Kindesalter (Roos) 776.
- Knochenhöhlen in der Tibia (v. Mangoldt) 49.
- Knochenmark als Heilmittel (Spiridonoff) 240 — Bakterizide Eigenschaften des K. und Aetiologie der Osteomyelitis (A. Hencke) 306 — Erkrankungen bei Infektionskrankheiten (Fraenkel) 609.
- Knochenzysten (Beck) 776.

- Koffein** (Roth) 366.
- Koilonychia** und **Platyonychia** (Waelsch) 740.
- Kolobom** des **Augenlides** (Leitner) 388.
- Kolonektasie** (Cahen-Brach) 389.
- Konjunktivitis**, **akute ansteckende** in der Schule (Hoch) 794 — **pseudomembranöse** durch **Streptokokken** (Jundell) 553 — der **Neugeborenen** (Pechin) 584 — bei **Masern** und **Influenza** (Giarrè und Picchi) 555.
- Konsultation** für **Säuglinge**, siehe **Fürsorge** für **Säuglinge**.
- Kontraktur funktionelle** (Armand-Delille und Camus) 101, 578.
- Konvulsionen** (Smith) 201 — (Arnstein) 448 — (Long) 804 — (Méry) 805.
- Koplik**, siehe **Masern**.
- Kotfistel** (Strominger) 812.
- Kreislaufstörungen** (Caillé) 145.
- Kretinismus** (Engelmann) 154 — (de Witt) 499 — (Ranschburg) 662 — (Bayon) 768 — (Newell) 806.
- Kreuzsteißbeingeschwülste** (Hoppe) 46.
- Kropf**, **angeborener** (Hewetson) 112, 210 — (Fothergill) 211 — (Machado) 744.
- Krupp**, siehe **Diphtherie**.
- Krüppelheime** (Cramer) 517 — (Kruckenbergs) 517.
- Labferment** (Rotondi) 595.
- Labyrinth** beim **Neugeborenen** und **Erwachsenen** (Sato) 77, 573 — **Erkrankung** (Pause) 341.
- Lähmung** (Calabrese) 321 — (Weil) 376 — (Aehard und Grenet) 577 — (Glorieux) 581 — (Pierre) 584 — (Albert-Weil) 799 — (Piéchand) 806 — **zerebrale** (Modena) 468 — (Zeidler) 500 — **Sprachstörungen** bei **zerebraler L.** (Zenzykowski) 100 — **Diplegie** (Vargas) 179, 809 — **Diplegia spastica infantilis** (Oppenheim) 767, 768 — **Entbindungslähmung** (Eversmann) 152 — (Stolper) 377 — (Rühle) 543 — **Hemiplegie** (Marie und Guillain) 582 — (Maurié) 583 — (Spolve-rini) 808 — **infantiler Kernmangel** (Variot) 449 — **Landrysche Paralyse** (Ricaldoni und Lamas) 500 — **Little'sche Krankheit** (Concetti) 176 — (Vargas) 179 — (Rensburg) 215 — (Berghinz) 543 — (Cruchet) 580 — **Paralyse douloureuse** (Lövegren) 320 — (Galatti) 802 — **spastische familiäre Paraplegie** (Raymond) 807 — **Poliomyelitis anterior** (Comba) 118 — (Praetorius) 321 — (Guinon und Rist) 581, 768 — (Stern) 585 — (Alessandrini) 799 — **pseudohypertrophische** (Muls) 205 — (Criado) 176 — **Pseudobulbärparalyse** (Concetti) 320 — (Variot) 377, 451, 586 — **Monoplegia brachialis** bei **Varizellen** (Rossi) 807 — **angeborene Facialis-L.** (Rainy und Fowler) 43 — (Lévi und de Rothschild) 582, 766 — (Souques und Heller) 585 — **Hemiatrophia facialis** (Sugar) 342 — **Gaumensegel-L.** (Deguy) 101, 580 — **angeborene traumatische Radialis-L.** (Spieler) 44 — **Partielle L.** der **Zunge** und der **Lippen** (Variot) 586 — **Angeborene L.** der **vier Extremitäten** (Muggia) 218 — **periphere L.** nach **Reposition** der **Hüftgelenkluxation** (Taylor) 545 — **Frakturen** der **gelähmten Glieder** (Mezbourian) 811 — Siehe **Diphtherie** und **Sehnentransplantation**.
- Laktagoga** (Lambinon) 576.
- Laktagol** (Beckmann) 574.
- Langenbrück, Kinderheilstätte** 279.
- Längenwachstum** (v. Lange) 80.
- Laryngismus stridulus** (Fedele) 328.
- Laryngitis aphthosa** (Zuppinger) 395 — **pseudomembranacea** bei **Masern** (Linsbauer) 643.
- Laryngospasmus** (Pierantoni) 806.
- Larynxstenose** nach **Diphtherieseruminjektion** (Mya) 225.
- Lävlulose** in der **Diätetik** (Fürst) 26.
- Lävlulosurie** (Mensi) 783.
- Leber**, **Infektiöse Affektion** der **L.** (Nizzoli) 506 — **Hepatitis mit Ikterus** (Pacchioni) 147 — **parenchymatöse Hepatitis** bei **Dysenterie** (Auché) 796 — **Läsionen** der **L.** und der **Niere** bei **Kindern eklamp-tischer Mütter** (Bar) 578 — **Veränderungen** der **L.** bei **akuten Infektionskrankheiten** (Motschan) 610 — **Lymphangiom** der **L.** (Maresch) 109.
- Leberabszesse**, **dysenterische** (O' de Oliveira) 290.
- Leberangiom** beim **Neugeborenen** (Hammer) 744.
- Leberatrophy**, **akute gelbe** (Toldt) 256.
- Leberzirrhose** (Mya) 38, 122 — (Bartenstein) 578 — (Pexa) 747 — — (Petrone) 783 — **alkoholische** (Grósz) 386 — **atrophische** (Cozzo-

- lino) 801 -- bei hereditärer Lues (Bartenstein) 337 -- tuberkulöse (Carrière) 646.
- Lebererkrankung und Leberfunktion (Brüning) 129.
- Leberfunktion (Crisafi) 119 -- (Jovane) 222 -- antitoxische (Petrone und Ammendola) 794 -- bei Keuchhusten (Benedetti) 792.
- Leberglykogen bei Infektionen und Intoxikationen (Jovane) 793.
- Leberhyperplasie (Perzina) 331.
- Leberkranke, Methylenblauausscheidung (Peruzzi) 438.
- Lebersarkom (Mya) 122 -- (de Haan) 444 -- (Simonini) 808.
- Lebersklerose (Hoche) 654.
- Lecithin und Wachstumsenergie (Springer) 190.
- Lehr- und Handbücher (Marfan) 54 -- (Hochsinger) 54 -- (Jacobi) 285 -- (Henoch) 286 -- (Degré) 353 -- (Koplik) 409 -- (Schmidt) 412 -- (Klemperer) 413 -- (Figueira) 465 -- (Dieudonné) 469 -- (Heim) 469 -- (Marfan-Fischl) 523 -- (Heubner) 523 -- (Grancher und Comby) 569 -- (Redard) 570 -- (Holt) 571 -- (Monti) 571.
- Leichenstarre, intrauterine (Wolf) 306.
- Leukämie (Drozda) 37 -- (Chmelat) 85 -- (Klein) 503 -- (Nikolski) 649 -- (Segal) 649 -- (Lustgarten) 804 -- und Infektionskrankheiten (Neutra) 649.
- Leukodermie (Neß) 806.
- Leukozytose siehe Blut.
- Lichen ruber acuminatus (Heller) 742 -- serofulosorum (Porges) 743.
- Lidgangrān (Schillinger) 585.
- Ligamentum caudale (Brugsch) 305.
- Lippenreflex (Thomson) 42.
- Lithiasis (Thierfeld) 446.
- Little'sche Krankheit (Concetti) 176 -- (Vargas) 179 -- (Rensburg) 215 -- (Berghinz) 543 -- (Cruchet) 580.
- Luftwege, Krankheiten der oberen L. (Schmidt) 412.
- Lumbalpunktion (Silva) 544 -- (Nobécourt, Voisin und Vitry) 584 -- bei Hydrokephalus (v. Bókay) 153 -- bei Pneumonie (Nobécourt und Voisin) 151, 200 -- bei tuberkulöser Meningitis (Variot) 586.
- Lungenabszesse, multiple (Adams) 577.
- Lungengangrān (Carrière) 801.
- Lungeninfarkt bei Diphtherie (Detot) 580.
- Lungenödem (Southworth) 199.
- Lungensarkom. (Rolleston und Trevor) 771.
- Lungensequestrierung (Kühn) 653.
- Lungenuntersuchung (Gregor. Czerny) 401.
- Lupus (Mygind) 263.
- Luxationen, paralytische (Martin) 274.
- Lymphadenome, multiple (Perrone) 584.
- Lymphangiom der Leber (Maresch) 109 -- angeborenes (Logez) 589 -- angeborenes zystisches (Bonnaire und Bosc) 587.
- Lymphdrüsen der Wange (Trendel) 770.
- Lymphosarkom des Mesenteriums und des Dünndarms (Concetti) 784.
- Lyssa (Bertarelli und Volpino) 749 -- (Naveiro) 806.
- Magenentwicklung (Chapin) 796.
- Magenerweiterung, atonische (Philippow) 806.
- Magendarmerkrankungen, siehe Ernährungsstörungen.
- Magendarmkanal, anatomische Untersuchung (Bloch) 574.
- Magendurchleuchtung (Leven) 572.
- Magenruptur (Favre) 810.
- Magensaftsekretion (Cohnheim und Soetbeer) 248 -- (Meyer) 576.
- Makrocheilie (Logez) 589.
- Makrodaktylie (de Rothschild und Brunier) 590.
- Malaria (Vallagussa) 176 -- (Maïsel) 582.
- Mammitis beim Neugeborenen (Cormier) 587.
- Marasmus (Barbour) 800.
- Masern (Grober) 196 -- (Machold) 197 -- (v. Gerlóczy) 388 -- (Fresling) 459 -- (Comby) 494 -- (Fontoynt) 581 -- (Miceli-Capurbano) 583 -- (Pillon) 584 -- Behandlung (Carrière) 579 -- Invasionsstadium (Marsden) 764 -- (Smith) 765 -- Reinfektion (de Landtsheer) 804 -- Rezidiv (Comby) 579, 643 -- Verbreitungsweise (Freund) 475 -- Aphasie nach M. (Gilman) 372 -- Konjunktivitis bei M. und Influenza (Giarrè und Picchi) 555 -- Geschwüre im Gesicht (Riedel) 494 -- Hautgangrān nach M. (Perrin) 31 -- Hemiplegie nach M. (Variot) 460 -- Larynxstenose bei M. (Comba) 160 -- (Pexa) 765 -- pseudomembranöse

- Laryngitis bei M. (Linsbauer) 643
 — Leukozytose bei M. (Manicattide und Galesescu) 766 — bei M. und Röteln (Plantenga) 642 — Koplik-sche Flecken (Sippel) 94 — (Pacchioni) 123 — (Aronheim) 493 — (Monrad) 557 — (Lidmanowski) 766 — Masernkrupp (Dodin) 340 — (Vargas) 599 — und Herpes zoster (Vergely) 586 — Influenzabazillen bei M. und Scharlach (Liebscher) 30 — Koinzidenz von M. und Scharlach (Deut) 30 — von Masern und Typhus (Morosow und Chatunzew) 643 — Masern und Tuberkulose (Grèze) 581.
- Mästung und skrofulöse Hautinfektion (Czerny) 57.
- Meckelsches Divertikel (Paguy und Esmonet) 590.
- Mediastinaltumor (Heimann) 216.
- Mediastinum, Lymphadenom (Leroux) 164, 582.
- Megakolon (Valagussa) 227, 809 — (Meynier) 784 (Taruzzi) 808.
- Mekonium (Gillet) 575 — (Low) 607.
- Melaena neonatorum (Baginsky) 578.
- Meningitis (Pernet) 584 — cerebrospinalis (Caccia) 41, 116 (Griffith) 99 — (Berghinz) 154 — (Moussous und Rocaz) 205, 583 — (Sörensen) 323 — (Michaelis) 375 — (Dereure) 580 — (Rist und Paris) 585 — (Blubasch) 625 — purulenta (Bouchacourt und Jeannin) 579 — (Dubois) 580 — serosa (Delherm und Laignel-Lavastiné) 205, 580 — (Beck) 453 — (Blumenthal) 768 — tuberculosa (Perrin) 100 — (Delcourt) 192, 455, 580 — (Pacchioni) 223 — (Hohlfeld) 228 — (Jemma) 456, 537 — (Haiké) 495 — (Panneton) 584 — (Variot) 586 — (Besançon und Griffon) 625 — (Fr. und A. Torday) 782 — (Avanzino) 799 — (Burnet) 800 — (Lutier) 804 (Percheron) 806 — (Weill und Péhu) 809 — Pachymeningitis haemorrhagica (Spolverini) 226, 324 — (Berghinz) 800 — durch Eberthsche Bazillen (Rabot und Revol) 584 — nach Darmautointoxikation (Stilo) 323 — Die Nervenzelle bei der M. (Luisada) 624.
- Meningismus auf arthritischer Grundlage (Carrière) 498.
- Meningocele (Cafferata) 587.
- Meningoencephalitis heredosyphilitica (Tugendreich) 759.
- Meningokokkus (Jäger) 80.
- Meningomyelocele (Robinson) 807.
- Menstruatio praecox (Wischmann) 727.
- Mesenterialdrüsentumor (Brudzinski) 443.
- Methylenblauausscheidung bei Leberkranken (Peruzzi) 438.
- Mikrogyrie (Pellizzio) 806.
- Milch (siehe Sammelreferat [Raudnitz] 415, 684 und Ernährung) — (Knöpfelmacher) 408 — (Badia) 571 — (Bousquet) 574 — (Gasching) 575 — (Meillère) 576 — (Raquet) 576 — (van de Velde und de Landtsheer) 577 — (Serio u. Cipolla) 783 — (Jemma) 796 — (Lemière) 797 — Frauenmilch (Sharpes und Darling) 189 — (Spolverini) 226 (Hecht und Friedjung) 352, 368, 575 — (Zappert und Jolles) 487 — (Benoit) 574 — (Heck) 575 — (Neter) 576 — (Triboulet) 577 — (Weill und Thevenet) 576 — (Graanboom) 731 — (Rotondi) 798 — (Vallana) 798 — (Verdone) 798 — Kuhmilch (Weitzel) 577 — (Hommel) 796 — (Trunz) 798 — abgerahmte (Ogier und Bordas) 797 — Backhausmilch (Kuschel) 575 — Buttermilchkonserven (Selter) 53 — zentrifugierte (Fabre) 574 — Eismilch (Bischoff) 314 — gekochte und mit Rinderserum modifizierte M. (Stoppato) 798 — Rahm (Gernsheim) 83 — (Townsend) 189 — Székelysche M. (Grósz) 169 — (Székely) 169 — Bakteriologie (Reed und Ward) 25 — (Heinrich) 84 — (Meyer) 84 — (Rubinstein) 315 — (Brush) 316 — (Henseval) 575 — (Uhlmann) 732 — (Lux) 797 — (Steiger) 798 — Pasteurisation (de Rothschild) 407, 798 — (Gerber und Wieske) 575 — (Natanson) 797 — Sterilisation (Gagnoni) 121 — (Brown) 189 — (Carel) 246 — (Wechsler) 490 — (Barthel) 574 — (Gillet) 575 — (Keller) 575 — (Tournay) 798 — u. Stoffwechsel (Cronheim und Müller) 149 — Apparat zur Erwärmung der Milch (Sobel) 84 — Erkennung der M. kranker Tiere (Ripper) 798 — Steigerung der Milchsekretion (Charles) 796 — (Fieux) 796 — (Prip) 797 — Laktagol (Beckmann) 574 — Cyto-diagnostik der Laktation (Lévi) 797 — Verdauung der M. (Richter) 616 — Kryoskopie der M. (Gascard) 575 — (Parmentier) 576 — Lipase (Gillet) 575 — Unikoffische

- Reaktion (Fabre) 574 — (Grégoire) 617 — (d'Auria) 796 — Kinder-
 milchversorgung (Sperk) 393 —
 (Rensburg) 517 — (Aust) 561, 574
 — (v. Ohlen) 576, 797 — (Goler)
 658 — (Wyß) 658 — (Dunbar) 786
 — (v. Soxhlet) 798.
 Milchserum (Blondel) 572.
 Milchuntersuchung (Fabre) 314
 — (Poliakoff) 315 — (Shaw) 441 —
 (Labasse) 575 — (Lédé) 576 —
 (Nicloux) 797 — (Wolf) 798.
 Milztumor (Méry und Guillemot)
 160 — (Morse) 254 — (Carpenter) 801.
 Milzveränderungen bei Anämie
 (Bagalà und Petrone) 792.
 Mischinfektionen (v. Szontágh)
 167.
 Mißbildungen der Extremitäten
 (Chavane) 587 — (Maygrier) 589
 — (Belzons) 800 — hereditäre und
 familiäre (Allaire und Le Meigneu)
 578 — kongenitale, symmetrische
 (Voisin und Nathan) 591 — Genese
 der Doppel-M. (Schreiner) 727 —
 des Verdauungsapparates und der
 Harn- und Geschlechtsorgane
 (Langevin) 589.
 Mongolismus (Thiemich) 134 —
 (Muir) 154 — (Bourneville) 608 —
 (Spicer) 808.
 Morphinismus, kongenitaler
 (Lützhöft) 657.
 Mundhöhle, Streptokokken in der
 M. von Brustkindern (Herzberg) 19.
 Muskelatrophie (Patoir) 805.
 Muskeldystrophie (Marina) 582.
 Musculi pectorales, angeborener
 Defekt (Martiréné) 343 — (Grisel) 803.
 Musculi recti, Diastase (Fried-
 jung) 200.
 Myelozystozele (Weydling) 163.
 Myokarditis (Zuppinger) 152.
 Myositis ossificans progres-
 siva (Soncini) 808.
 Myxödem (Mendel) 44 — (Rocaz
 und Cruchet) 102 — (Bourneville)
 325 — (Agote) 447, 499 — (Breitel)
 579 — (Dalsjö) 580 — (Faivre)
 580 — (Kirmse) 622 — (Benoit) 800.
Nabelarterien, Verschuß der N.
 (Frankl) 365.
 Nabelbehandlung (Pietrasiewicz)
 439.
 Nabelhernie (Escherich) 174, 181,
 351 — (Paguy und Esmonet) 590 —
 (Laurent) 811 — eingeklemmte
 (Brindeau) 587.
 Nabelinfektionen beim Neu-
 geborenen (Leclerc) 582.
 Nabelschnur, syphilitische Ver-
 änderungen (Bondi) 557.
 Nabelschnurbruch (Lotheissen)
 547 — (Knoop) 773.
 Naevi, systematisierte (Strasser) 738
 — weiche (Sachs) 738.
 Narkose (Kopetzky) 609 — pul-
 monale (Kuhn) 437.
 Nase, Erkrankungen der N. u. des
 Ohres (Alt) 155 — Nebenhöhlen-
 empyeme der N. (Stieda) 104 —
 und Genitalien (Trautmann) 421.
 Nasenhöhlen, Atresie (Franken-
 berger) 769.
 Nasenöffnungen, angeborener
 doppelseitiger Verschuß der vor-
 deren N. (Baurowicz) 721.
 Nasogene Reflexneurose des Tri-
 geminus (Bukofzer) 721.
 Nebennieren und Wachstum
 (Linser) 76.
 Nebennierenatrophie bei
 Anekphalie (Bender und
 Léry) 572.
 Nebenniereninsuffizienz
 (Sergent und Bernard) 353 — und
 Infantilismus (Morlat) 583.
 Nephritis, siehe Niere.
 Nervosität (Combe) 465 — (Oppen-
 heim) 518, 787.
 Neugeborene. Argentumkatarrh
 (Bischoff) 578 — spontane Blutun-
 gen (Abt) 110 — (Courclaire) 206
 — gastrointestinale Hämorrhagie
 (Oui) 584 — (Baginsky) 578 —
 Genitalblutungen (Zappert) 343 —
 Hämorrhagien des Zentralnerven-
 systems (Courclaire) 580 — In-
 fektionen (Mc Hamill u. Nicholson)
 501 — (Snow) 501 — (Keim) 582
 — Nabelinfektionen (Leclerc) 582
 — Ophthalmia purulenta (Durante)
 491 — (Armaignac) 578 — (Morax)
 583 — (Calabet) 801 — (Stephen-
 son) 808 — Respirationsstörungen
 (Wilson) 501 — Scheintod (Korybut-
 Daszkiewicz) 439 — Gefahren der
 Heißwasserflasche (Stewart) 539 —
 Gesundheitsverhältnisse (Hirschl)
 349 — Pathologie (Hammer) 744.
 Neurasthenie (Cappelletti) 579.
 Neuritis nach Keuchhusten
 (Aldrich) 460.
 Neuroretinitis (Hamill) 444.
 Niere, Entwicklung (Stoerk) 351 —
 Funktion im intrauterinen Leben
 (Resinelli) 807 — beim Neuge-
 borenen (Cornil) 572 — gekreuzte
 Dystopie (v. Schumacher) 343 —
 Hufeisenniere (Theuveny) 590 —
 (Carini) 783 — Angeborene Ver-

- lagerung (Kaestel) 588 — Zysten-
niere (Frien) 588 — (Theuveny)
590 — (Morse) 805 — angeborene
multilokuläre Zysten (Boinet und
Raybaud) 587 — Fibrös-zystische
Entartung (Behr-Selter) 567 —
Tumoren (Strong) 210 — (Imbert)
588 — Myxolipofibrom (Reinach)
590 — Sarkom (Fede) 783 — Tuber-
kulose (Massanek) 780 — Wirkung
des Arsens auf die N. (Gianasso)
784 — Veränderungen von N. und
Leber bei Föten von eklampischen
Müttern (Bar) 578 — Erkrankungen
der N. bei Säuglingen (Mensi)
216 — Ablösung der Nierenkapsel
(Rotch und Cushing) 445 — Hydro-
nephrose u. Pyonephrose (Reinach)
509.
- Nephritis** bei Neugeborenen und
Säuglingen (Mensi) 656 — chroni-
sche Nephritis (Méry) 583 —
hämorrhagische Nephritis (Moizard
und Grenet) 805 — interstitielle
Nephritis bei kongenitaler Lues
(Sutherland und Walker) 808 —
chronische parenchymatöse Nep-
hritis (Berghinz) 578 — Nephritis
bei und nach Anginen (Sigogue)
585, bei Scharlach und Diphtherie
(Heubner) 373, postimpetiginosa
(Filia) 118 — Renale Hämaturie
bei Nephritis (Fontanié) 581, 802 —
Behandlung der Nephritis (Variot)
809, siehe Harn.
- Noma** (Cardamatis) 157, 587 —
(Longo) 222 — (v. Ranke) 264 —
(Tilliß) 264 — (Brüning) 395 —
(Kissel) 638 — (Ravenna) 664.
- Nystagmus** (Frank) 113 — (Grea-
nelle) 113 — (Swoboda) 352 —
(Klouinger) 766.
- Ob**erkiefer. Angeborene dermoide
Geschwulst (Concetti) — 769.
- Ob**stipation (Fenton) 796 —
Organotherapie (Cattaneo) 792.
- O**edem beim Neugeborenen (Yatho)
586 — (Cuzzolino) 783, 801 — toxi-
kämisches Oe. beim Säugling
(Fede) 720 — (Muggia) 784 —
hypoglottisches Oe. nach Dipht-
therieseruminjektionen (Mya) 527 —
nach Kochsalzinjektionen (Achard
und Pisseau) 799.
- O**esophagoskopie (Kaloyéropu-
los) 777.
- O**esophagotomie (Groß) 588 —
(Schileau) 590 — (Kaloyéropulos)
777.
- O**esophagus. Kommunikation
zwischen Oe. und Lunge (Gold-
schmidt) 511 — Struktur des Oe.
(Schkarin) 606.
- O**esophagusperforation (Zup-
pinger) 591.
- O**esophagusstriktur (Adenot)
587 (Debaugé) 810.
- O**hr, Pathologie des (Oe. u. der oberen
Luftwege (Grandenigo) 791.
- O**hrmißbildungen (Launois und
Le Marc Hadour) 589 — (Ostmann)
342.
- O**hrmuschelkeloid (Alexander)
341.
- O**hrmuschelmißbildung
(Sugar) 342.
- O**hruntersuchungen in der
Dorfschule (König) 381.
- O**nanie (v. Bechterew) 800.
- O**pium bei Karditis (Morison) 805.
- O**phthalmia neonatorum (Du-
rante) 491 — (Armaignac) 578 —
(Morax) 583 — (Calabet) 801 —
(Stephenson) 808.
- O**phthalmia purulenta und
Arthritis (Courtin und Galtier) 580.
- O**phthalmologische Literatur,
Sammelreferat (Gallus) 298, 705.
- O**rganotherapie b. Hypogalaktie
(Prip) 541 — mit Milz (Maggiore)
793 — mit Thymus (Marcolongo)
793.
- O**ssifikation des fötalen Schädels
(Thoyer-Rozat) 808.
- O**steoarthropathia pulmo-
nalis (Rotch und Dunn) 549.
- O**steogenesis imperfecta
(Vargas) 172 — (Hektoen) 249 —
(Swoboda) 250 — (Variot) 250 —
(Lindemann) 250.
- O**steomalazie (Peters) 352.
- O**steomyelitis (Groß) 165 — (A.
Hencke) 306 — (Zavola) 382 —
(Doberauer) 632 — (Honsell) 774
— (Bilhaut) 810 — (Renaud) 812
— (Rocher) 812.
- O**steoperiostitis (Nobécourt und
Babonneix) 589.
- O**steopsatyrosis (Garnier und
Santenaise) 326.
- O**steotomie und Osteoklasten
(Kölliker) 49.
- O**titis media (Morse) 380 —
(Heinmann) 447 — (Delcourt) 455
(Malherbe) 589 — (Grunert) 713 —
(Suckstorff) 713 — (Wanner) 714
(Scheibe) 714 — (Lewy) 714 —
(Haug) 714 — (Grazzi) 785 — nach
Scharlach (Variot und Le Marc
Hadour) 31 — (Hoffmann) 644 —

- (Lewy) 714 — Komplikationen (Eulenstein) 715 — (Sokolowski) 715 — (Takabatake) 715 — (Freytag) 715 — (Voß) 715 — (Gruning) 716 — (Hansberg) 716 — (Grunert) 716 — (Deuker) 716 — (Voß) 716 (Gerber) 716 — (Kobrak) 716 — Tuberkulöse Meningitis nach akuter O. (Haike) 495 — Glykosurie bei O. (Frey) 341.
- Otitis tuberculosa (Grimmer) 718.
- Otorhinologie (Peyser) 584.
- Ovarialsarkom (Méry und Villemin) 589.
- Ovarialzyste (Karecowski) 445.
- Oxyuren (Perroncito) 794.
- Ozaena (Grünwald) 269 — (Hajek) 269 — (Alexander) 269 (Rivière) 585 — (Neves da Rocha) 770.
- P**anathrophie, lokale (Ashby) 62.
- Paraganglina Vassale (Cattaneo) 792.
- Paramyoclonus multiplex (Delvart) 580.
- ✓ Paranoia (Schlöß) 202.
- Parotitis. Blutbefund bei P. (Krestnikoff) 334 — bei Pneumonie (Pichler) 806 — Gehirnmetastase bei P. (Wright) 370 — Metastase in den weiblichen Geschlechtsorganen (M' Naughton) 491 — durch Staphylokokken mit Lungenmetastasen (Nobécourt u. Voisin) 583.
- Pemphigus contagiosus (Hagenbach-Burckhardt) 263 — (Maguire) 804.
- Pemphigus neonatorum (Pasini) 491 — (Ostermayer) 742.
- Peribronchitis und interstitielle Pneumonie (Jacobi) 106.
- Perikarditis (Guinon) 330, 581 — (Aviragnet und d'Oelsnitz) 578 — (Coutts) 753 — und Empyem (Peters und Rudolf) 806.
- Peritonitis beim Neugeborenen (Porak und Durante) 584 — durch Gonokokken (Nothrup) 633 — durch Pneumokokken (Perrin) 633 — (v. Brunn) 752 — (Gaito) 802 — durch Friedländersche Bazillen (Villemin) 586 — bei Scharlach (Collom und Blake) 644 — serofibrinöse (Langemak) 108 — durch Staphylokokken (Courtin) 801 — durch Streptokokken (Rossi) 785 — tuberculosa (Schramm) 30 — (Rotch) 88 — (Sutherland) 160 — (Cuthrie) 192 — (Leroux) 336, 582 — (Friedlander) 495 — (Bichet und Goepfert) 495 — (Banteigne) 578 — (Debove) 580 — (Bellamy) 800.
- Pharynxgangrän (Jemma) 443.
- Phlegmone, perinephritische (Nègre) 589 — peritonisilläre (Cornet) 587.
- Phokomelie (Weinberg) 586.
- Phosphaturie (de Lange) 26.
- Pigment nävi (Oberndorfer) 508.
- Plattfuß (Heusner) 46 — (Lovett) 212 — (Selter) 590.
- Pleura-Erkrankungen (Le Daman) 354.
- Pleuritis (d'Astros) 578 — (Aviragnet und d'Oelsnitz) 578 — (Martin) 583, 804 — (Vallana) 784 — purulenta bei Neugeborenen (Roger) 585, 807 — (Labbé) 804.
- Plombières-les-Bains (Brocchi) 308.
- Pneumatocele cranii (de Bary) 629.
- Pneumatogramm (Baculo u. Coop) 792.
- Pneumokokkeninfektionen (Maccone) 804.
- Pneumokokkenperitonitis (Perrin) 633 — (v. Brunn) 752 — (Gaito) 802.
- Pneumonie (Carr) 199 — (Geschwend) 581 — (Gillet) 581 — (Lepent) 582 — (Méry) 805 — (Rivière) 807 — (Rouchet) 807 — Aetiologie der Bronchopneumonie (Conner) 801 — Behandlung (Morse) 328 — (Kerley) 329 — (Steiner) 662, 808 — Antistreptokokkenserum bei P. (Bouttiau) 800 — Diphtherieheilserum bei infektiöser P. (O'Malley) 32 — Schultzesche Schwingungen bei P. (Engel) 20 — Diagnose (Pearson) 151 — (Jehle) 328 — Blutdruck bei P. (Beretta) 725 — Lumbalpunktion bei P. (Nobécourt und Voisin) 151, 200 — Temperaturkurve bei kruppöser P. (Jennings) 200 — Appendikuläre (Cuzzolino) 329 — (Griffith) 548 — Aspirations-P. (Holsti) 509 — — zerebrale P. (Fischer) 151 — paravertebrale (Gregor-Czerny) 401 — Peribronchitis und interstitielle P. (Jacobi) 106 — Spleno-P. (Porcelli) 151 — (Jovane) 222 — (Valenza) 492 — (Fedele) 802 — Tuberkulöse Broncho-P. (Azéma) 799 — Hautempyem bei P. (Camus) 801 — Pseudomeningitis bei P. (Arnstein) 99 — bei Keuchhusten-

- Kindern (Jochmann und Moltrecht) 329 — bei Influenza (Boscolo) 492 — Ausgang in Lungensequestrierung (Kuhn) 653 — Epidemie durch Fränkels Diplokokkus (Baudel und Gargano) 330 — Frequenz der Bronchopneumonie im Findelhaue (Mensi) 659 — Uebertragbarkeit des Pneumokokkus von Mutter auf Fötus (Caporali) 792.
- Pneumothorax (Bovaird) 653.
- Podenkephalie (Boissard) 587.
- Polienkephalomyelitis (Taylor) 376.
- Polioomyelitis ant., siehe Lähmung.
- Polydaktylie (Amrein) 446.
- Polymyositis (Schuller) 319.
- Polyneuritis acuta ascendens (Chizunoff) 261.
- Porenkephalie (Brudzinski) 452.
- Postnasale Wucherungen (Lautenbach) 156.
- Pottische Krankheit (Ducroquet) 345, 588 — (Corletti) 346 — (Tebbetts) 812.
- Präputium, Entwicklung (Karvonen) 481.
- Produzione sottolinguale (Meynier) 258, 784 — (Orta) 327 — (Frizzoni) 327 — (Amberg) 380 — (Baranyai) 389 — (Fede) 784.
- Prolaps der Urethral Schleimhaut (Lamblin) 589.
- Prostataaffektion (Lachowski) 607.
- Protargol (Torretta) 784.
- Pruriginöse Dermatosen und Ernährungsfehler (Béquinot) 796.
- Prurigo (Bardin) 800.
- Pseudarthrose (Ducroquet und Besançon) 588.
- Pseudoappendizitis (Kuttner) 109.
- Pseudohermaphroditismus (Schönfeld) 162 — (Lop) 582.
- Pseudohydronephrose (Kelley) 382.
- Pseudoleukämie, siehe Anaemia splenica.
- Pseudomeningitis (Aporti) 799 — bei Pneumonie (Arustein) 99.
- Pseudotetanus (Malagodi) 507.
- Psoriasis (Walitzki) 636.
- Psychopathien (Koch) 102.
- Psychopathische Minderwertigkeiten (Barbier) 447 — (Trüper) 520.
- Psychosen (Pearce) 614 — (Herdman) 614 — (Schlöb) 614 — und Sprachstörungen nach fieberhaften Erkrankungen (Heinemann) 202.
- Pulverbläser (Dreher) 518.
- Pupillenstarre bei hereditärer Lues (Finkelnburg) 455.
- Purpura (Paris und Salomon) 584, 648 — (Cattaneo) 647, 801 — (Allaria) 749 — (Meynier) 805 — haemorrhagica (Rist und Paris) 585 — Henochose (Rommel) 370 — (Hecker) 493 — rheumatische (Swift) 157.
- Pyämie (Rist und Paris) 585 — (Blubasch) 635.
- Pyelitis (Bosanquet) 800 — (Hartwig) 803.
- Pylorusstenose (Freund) 165 — (Gardner) 207 — (Beardsley) 207 — (Shaw) 207 — (West) 542 — (Cheinisse) 587 — (Variot) 590 — (Moynihan) 629 — (Salmon) 746 — (Mackay) 804.
- Pyonephrose (Reinach) 509.
- Pyramidenbahn (Marie und Guillain) 582.
- Pyramiden-Seitenstrangbahn (Sträubler) 318.
- Rachenmandelhyperplasie u. Entwicklung (Wilbert) 23.**
- Rachitis (Siegert) 652 — in Krippen (Variot) 593 — Aetiologie (Castenholz) 53 — (Mayer) 805 — Behandlung (Abt) 150 — (Abarel) 150 — Phosphor (Concetti) 150 — (Stöltzner) 403 — Organotherapie (Amistani) 792 — Kongenitale R. (Garnier und Sante-noise) 326 — Erblichkeit der R. (Siegert) 404 — Folgen der R. (Federici) 549 — Symptom (Neurath) 250 — tarda (Roos) 86 — (Boinet und Stephan) 503 — viscerale (Stöltzner) 149 — Chondrale Verknöcherung bei R. (Pacchioni) 26, 584 — Farbenanalytische Untersuchungen an rachitischen Knochen (Stöltzner) 403 — die rachitische Hand (Siegert) 404 — rachitische Deformitäten des Vorderarmes (Mathien) 745 — Milz (Sarcinelli) 503 — (Tienes) 745 — Variköse Erweiterungen der Schädelvenen (Aubertin) 87 — und Idiotie (Bourneville und Lemaire) 668.
- Radialislähmung, angeborene traumatische (Spieler) 44.
- Ranckenneurom (Preindlsberger) 111.
- Raynaudsche Krankheit (Crisafi) 120.
- Recurrentsfasern, Vulnerabilität der R. (Frese) 76.

Reflex, Lippen- (Thomson) 42.
 Rekto-Colpo-Perineoplastik (Growth) 630.
 Rektumprolaps (Joly) 588.
 Rektumstenose (Gandini) 810.
 Retropharyngealabszeß (Chattelot) 47, 587 — (Morse) 106 — (Cotter) 213 — (Renault) 213 — (Caccia) 785.
 Rheumatische Aortendilatation (Zuber) 332.
 Rheumatische Chorea (Kobrak) 99.
 Rheumatismus (Guinon) 98 — (Reiner) 333 — (Barbier) 578 — (Friedlander) 370 — (Clemens) 579 — (Landry) 582 — (Ausset) 729 — (Stewart) 808 — (Méry) 805 — Knochenveränderungen bei akutem Gelenks-Rh. (Haim) 492 — Tuberkulöser (Bentz) 800.
 Riesenschwamm (Knöpfelmacher) 351.
 Rigasche Krankheit, siehe Produktion sottolinale.
 Roborat (Sommerfeld) 249.
 Rousselsches Gesetz, siehe Fürsorge für Säuglinge.
 Rubella (Dillingham) 372 — Masernähnliche (Shukowsky) 642 — und Masern (Plantenga) 642.
 Rückenmark, Anthropologie (Pfister) 794 — Morphologie (Sträubler) 318.

Safranin-Zuckerprobe im Harn (Christopher) 317.

Salicreol (Gnezda) 20.

Sanatogen (Fromm) 78.

Sarkomatosus leukaemica (Drozda) 37.

Sarkome innerer Organe (Alfaro) 176 — der Leber (Mya) 122 — der Schultergegend (Curtis) 164.

Sauerstofftherapie (Kraus) 19 — (Hecht) 20.

Saugstörungen (Jovane) 796.

Schädeldeformität (Dodd und Mullen) 628.

Schädeldepression (Vicarelli) 211.

Schädelentwicklung und Wiege (Gensich) 782.

Schädelkapazität (Pfister) 434.

Schädelimpressionen beim Neugeborenen (Baum) 587.

Schädelnekrose (Springer) 381.

Schalleitung (Zimmermann) 712.

Scharlach (Günther) 266 — (Baum) 578 — (Caziot) 579 — (Haven) 581 — (Marmol) 804 — (Richardière und Hanfmann) 807 — Bakterio-

logie (Weaver) 196 — Behandlung (Mc Clanahan) 373 — (Widowitz) 459 — Serum (Moser) 31, 32, 493 — (Baginsky) 32 — (Aronson) 32 (Pospischill) 93 — (Escherich) 174, 195 — (Meyer) 187 — (Sommerfeld) 307 — (Scholz) 340 — (Fischer) 645 — (Malinowski) 762, 763 — (Kosiński) 763 (Palmirski und Zebrowski) 763 — (Kammienski) 764 — (Romme) 794 — (Antonin) 799 — (Fischer) 802 — Infektion (v. Székely) 339 — Komplikationen (Strzemiński) 93 — (Hermann) 267 — (Méry und Hallé) 267 — (Chance) 267 — Agglutination (Hasenknopf und Salge) 372 — Harnuntersuchung bei S. und Diphtherie (Labbé) 374, 582 — Uebertragung von S. durch Milch (Ekholm) 339 — Endemie auf der Masernstation (Doebert) 30 — Epidemie (de Fabritiz) 802 — S. und Diphtherie (Uffenheimer) 398 — Koinzidenz von S. und Masern (Deut) 30 — Influenzabazillen bei S. u. Masern (Liebscher) 30 — latenter S. (Caziot) 801 — Abszesse (Ritscher) 585 — Arthritis (Palier) 373 — Delirium (Ratelier) 584 — Hemiplegie (Sufrin) 761 — Ikterus (Schostak) 807 — Krupp (Malinowski) 458 — Nephritis bei S. und Diphtherie (Heubner) 373 — Otitis (Variot und Le Marc' Hadour) 31 — (Hoffmann) 644 — (Lewy) 714 — Parese der Hände (Aubertin) 372 — Pilokarpin bei S. (Saunders) 160 — Taubheit nach S. (Eitelberg) 713.

Scheintod bei Neugeborenen (Korybut-Daszkiewicz) 439.

Schenkelhalsfraktur (Hoffa) 811.

Schilddrüse bei Variola (Roger und Garnier) 585 — Cystadenom der S. (Schneider) 164 — siehe Thyroidea.

Schilddrüseninsuffizienz (Jeandelize) 582.

Schilddrüsentherapie (Bourneville) 669.

Schnarchen (Veis) 103.

Schule (Kuhn) 146 — (Becker) 242 — (Guaita) 286 — (Foveau de Courmelles) 368 — (Zollinger) 411 — (Newsholme und Pakes) 406 — (Piggott) 484 — (Baur) 524.

Ueberanstrengung in der Schule (Périer) 24 — Englische und deutsche Schulerziehung (Papst) 231 — Lehrstoffe und Lehrziele

- (Castenholz) 227 — Stundenverteilung (Rensburg) 228 — Schulanfang und Schulzeit (Rey) 228 — Handarbeitsunterricht (Oppenheimer) 795 — Schule und Kleidung (Selter) 231.
- Bewegungsspiele (Wickenhagen) 230 — (Schmidt) 230 — (Foveau de Courmelles) 484 — hygienischer Unterricht (Finkler) 231 — Gesundheitslehre in der Volksschule (Ritter) 795 — Entwicklung der Schulkinder (Stepanoff) 242 — Körperliche Entwicklung u. Schulerfolg (Schmidt und Lessenich) 795 — Physische Erziehung in der Kommunalschule (Newton) 795 — Schule u. Volkshygiene (Berninger) 571 — Schule u. Gesundheit (McCassy) 794 — Auge und Kunst in der Schule (Berger) 794 — Turnen (Dérue und Laurent) 412 — (Maul) 795 — Hygienischer Bilderatlas für Schule und Haus (Baur) 571.
- Augenpflege bei Schulkindern (Emerson) 24 — (Kerr) 82 — Epidemische Augenentzündung in der Schule (Feilchenfeld) 794 — Akute ansteckende Konjunktivitis in der Schule (Hoche) 794 — Trachom (Lambert) 82 — Untersuchungen von Lunge und Herz (Zappert) 81 — der Nasenatmung und des Gehörs (Ensch) 614 — des Gehörs (Dade) 729 bei Schulkindern — Schule und Skoliose (Petersen) 229 — Nervosität bei Lehrern (Wichmann) 795 — Tuberkulose der Lehrer (Bibet) 573.
- Schwachsinnige in der Volksschule (Heym) 309 — (Klamer) 573 — Spezialklassen für Schwachsinnige (Kölle) 795 — Hilfsschulen für abnorme Kinder (Jonckheere) 568 — (Schmitz) 573 — (Frenzel) 791 — Schulen für nervenranke Kinder (Stadelmann) 485 — Pädagogische Behandlung der geistig zurückgebliebenen Kinder (Bourneville) 667, 794 — Anschauungsvermögen (Maurer) 795 — Zu Geistesstörungen disponierte Kinder (Schlöß) 614 — Psychosen in der Schule (Pearce) 614 — (Herdman) 614.
- Fußbodenöle (Engels) 309, 794 — Reinigung der Schulklassen (Fürst) 794 — (Hakonsen-Hansen) 794 — Lüftung und Heizung (Kabrhel, Nelich und Hrabá) 795.
- Schularzt (Somers) 81 — (Listo) 179 — (Herrman) 440 — (Mosny) 665 — (Chauvin) 665 — (Johannessen) 729 — (Wex) 795.
- Schulaugenarzt (Cohn) 573 — (Leprince) 573.
- Schulgebäude (Kuhn) 795.
- Schulhygiene (Wehmer) 791 — (Smith) 795.
- Schulkolonien (Venot) 349.
- Schultinte (Heymann) 80 — (Oppenheimer) 795.
- Schulversäumnisse (Bayr) 794.
- Schulterluxation, angeborene (Cumston) 275.
- Schultzesche Schwingungen bei Bronchiolitis und Pneumonie (Engel) 20.
- Schwachbefähigte, Gedächtnis der S. (Lobsien) 447.
- Seehospiz (Latour) 179 — (Keller) 357, 395, 518 — (Delmas) 385 — (Kongreß für Thalassotherapie) 407 — in Juelsminde (Hoff-Hansen) 592 — oder Kinderheilstätte in Solbädern (Vollmer) 659.
- Sehnentransplantation (Springer) 275 — (Sussini) 382 — (Witte) 626 — (Brack) 627 — (Hoffa) 811.
- Semiologie des Kindes (Figueira) 465.
- Sepsis (de Oliveira) 253 — (Paris) 584 — (Möller) 635 — des Atmungsapparates (Mensi) 330 — nach Otitis (Barbillion) 800.
- Serumtherapie, siehe Diphtherie und Scharlach.
- Shiga-Bazillus, siehe Sommerdiarrhöe.
- Sinusthrombose (Hamill) 206 — bei Otitis (Grüning) 716 — (Schulze) 716 — Lumbalpunktion (Nobécourt, Voisin und Vitry) 584.
- Situs viscerum inversus (Haushalter und Hoche) 588 — (Feer) 399.
- Sklerem (Stillman) 259 — und Sklerödem (Monti) 664.
- Sklerödem (Mensi) 217 — (Meynier) 217.
- Sklerodermie (Ebstein) 36 — (Geerligs) 507.
- Sklerom (Streit) 721.
- Skoliose (Le Marinel) 125 — (Petersen) 229 — (Arnd) 276 — (Wohrizek) 276 — (Coudray) 277 — (Wullstein) 278 — (Scholder) 513 — (Muniagurria) 583 — (Hoeftmann) 588 — angeborene (Athanasow) 513 — (Froehlich) 588, 630 — und Kurzsichtigkeit (Grob) 794.
- Skrofulöse Hautinfektion und Mästung (Czerny) 57 — Behandlung

- skrofulöser Halslymphdrüsen mit heißen Duschen (Unterberger) 585.
 Solbad (H. Keller) 612 — (Vollmer) 659.
 Sommerdiarrhöe (Ager) 49 — (Hiß und Russel) 80 — (Boot) 245 (Snyder) 245 — (Knox) 370 — (Kerley) 442 — (Kerr) 490 — (Paffenholz) 560 — (Petruschky) 576 — (Warfield) 619 — (Zahorsky) 619 — (Flexner) 620 — (Park) 620 — (Hicks) 796.
 Soor (Merletti) 505 — (Macé) 804 — Allgemeininfektion (Heubner) 803.
 Spasmus nutans (Swoboda) 350 (Föllinger) 378.
 Speicheldrüsen (Schilling) 389, 485.
 Spina bifida (Cumston) 588 — (Dubreuil) 588.
 Splenomegalie, siehe Anaemia splenica und Milz.
 Splenopneumonie, siehe Pneumonie.
 Spondylitis (Hugelshofer) 629 — siehe Pott.
 Sprachbildung, verzögerte (Larivé) 609.
 Sprachstörungen (Hammer-schlag) 713.
 Sputumsammlung (Variot) 586.
 Staitinodermie (Baginsky) 800.
 Steinschnitt, hoher (Wieting und Cassape) 772.
 Sterblichkeit der Säuglinge, siehe Fürsorge (Budin) 281 — (Kruse) 285 — (Prinzling) 281.
 Sternum, angeborener Defekt (Loránd und Falludi) 782.
 Stimmritzenkrampf (Japha) 803 — (Michelland) 805.
 Stoffwechsel (Maurel) 234 — des Neugeborenen (Aronstamm) 310 — Energiebilanz beim Neugeborenen (Cramer) 442 — bei Adipositas (Finizio) 543 — Adipositas dolorosa (Güdjohnson) 575 — (Durante) 783 — Stickstoff-Stoffwechsel bei Adipositas nimia (Hellesen) 575 — Kalorimetrische Untersuchungen (Schloßmann) 147 — Kalorien-theorie (Schütz) 780 — Oberflächen-messungen (Bordier und Fabre) 574 — (Variot und St. Albin) 577 — (Lissauer) 735 — Nahrungs-mengen (Paffenholz) 309 — (Selter) 310 — (Würtz) 485 — (Perret) 540 — (Arnheim) 573 — Gewichtszu-nahmen vor dem Tode (Coulon) 542, 796 — (Lambinon) 576 — Einfluß der Kochsalzzufuhr auf das Körpergewicht (Nobécourt und Vitry) 797 — Einfluß der Sterilisa-tion der Milch auf den Stoffwechsel (Cronheim und Müller) 149 — Assimilationsgrenze für Zucker (Greenfield) 608 — Einfluß der kolibazillären Infektion auf den Stoffwechsel (Finizio) 785 — Fa-miliäre Cystindiatheze (Abder-halden) 317 — siehe Ernährung und Harn.
 Stokes-Adams'scher Symptomen-komplex (v. Starck) 11.
 Stottern (Decroly und Rouma) 621 — geographische Verbreitung in Frankreich (Chervin) 670.
 Strabismus (Trousseau) 585.
 Streptokokken-Enteritis (Nobécourt) 736.
 Streptokokkeninfektion mit Serum behandelt (Filia) 220.
 Stridor, kongenitaler (Tormey) 378 — (Hochsinger) 393, 549 — (New-comb) 583 — (Variot-Bruder) 586 — (Mathieu) 804 — inspiratorischer (Greene) 378.
 Strophulus nach Vakzination (Gillet) 35, 263.
 Sublimatvergiftung (Shu-kowsky) 657.
 Syndaktylie (Galtier) 803.
 Syphilis (v. Düring) 156, 496 — (Fruhinsholz) 156 — (Salomon) 157 — (Carralero) 176 — (Schalek) 193 — (Hinshelwood) 267 — (Ost-heimer) 268 — (Marfan) 268 — (Mracek) 351 — (Finkelnburg) 455 — (Griffin) 455 — (Vargas) 455 — (de Rothschild) 487 — (Duclaux) 497 — (Mettler) 497 — (Méry) 583 — (Robin) 585 — (Brunon) 800 — (Gaucher und Rostaine) 803 — — fötale (Voerner) 753 — here-ditäre (Wisniewski) 89 — (Mracek) 350 — (Rist und Salomon) 495 — (Thornas) 585 — (Korybut-Dankie-wicz) 754 — (Moncorvo) 754 — (Mensi) 784 — (Carrière) 801 — (Méry) 805 — hereditaria praecox (Vargas) 456, 586 — (Marfan) 582 — (Labbé und Delille) 582 — hereditaria tarda (Salomon) 89, 268, 585 — (Méry) 805 — (Richon) 807 — Behandlung (Schwab und Lévy-Bing) 808 — Jodquecksilber (Breton) 792 — Prophylaxe (Fournier) 571 — Uebertragung durch die Amme (Galatz) 575 — (Thibierge) 577 — und Ernährung (de Roth-schild) 576 — Vererbung (Matzen-

- auer) 26, 157, 350, 754 — (Preisich) 89 — (Finger) 157 — (Tschlenow) 759.
- Gaumenperforation bei S. (Swoboda) 665 — des Kniegelenks (Broca) 800 — hereditär-syphilitische Knochenaffektionen (Neurath) 65 — (Lannelongue) 582 — (Rebeyrolle) 584 — Leberzirrhose bei hered. Syphilis (Bartenstein) 337 — angeborene Leber-S. und Aszites (Loubry) 582 — multiple Hautabszesse bei S. (Chaumier) 587 — der Lungen (Steron) 646 — Meningoencephalitis heredosyphilitica (Tugendreich) 336, 759 — Milztumor (Vargas) 809 — syphilitische Veränderungen der Nabelschnur (Bondi) 557 — syphilitisches Ulcus am Nabel (Hutinel) 803 — kongenitale S. der Nebennieren (Kokubo) 496 — interstitielle Nephritis bei kongenitaler S. (Sutherland und Walker) 808 — Pseudoparalyse (Broca) 579 — Gumma der Unterlippe (Courtin) 801 — und juvenile Tabes (Linser) 204.
- Tabes** (Marburg) 622 — (Hagelstam) 622 — juvenile und Syphilis (Linser) 204.
- Tachiol** (Torella) 440.
- Talus-Exstirpation** (Reitz) 812.
- Tannoform** b. Intertrigo (Ostrowsky) 21, 79, 309.
- Taubheit** nach Scharlach (Eitelberg) 713 — mit Uränie (Treitel) 713.
- Taubstumme** (Treitel) 155 — (Bejarano) 178 — (Alexander und Kreidl) 711 — (Hammerschlag) 711 — (Nager) 711 — (Oppikofer) 711 — (Bezold) 711.
- Temperaturmessung** (Frank) 238.
- Teratom** (Vallois) 343 — sacrale (Preindlsberger) 110 — (Eisner) 511.
- Tetanie** (Neter) 41 — (Ciagliński) 101 — (Elterich) 153 — (Peters) 352 — (Filia) 802 — (Pons) 806 — chronische (Luttwig) 767 — Gangstörungen (Kalischer) 804.
- Tetanoide Erkrankung** (Escherich) 626.
- Tetanus** (Holub) 159 — (Coggi) 335 — (Verstraete) 371 — (Hansson) 581 — (Marcus) 582 — neonatorum (Marcus) 95 — (Gallo) 783 — nach Vakzination (Cooke) 94 — Serumbehandlung (Zeleński) 750.
- Thalassotherapie-Kongreß** 407.
- Therapie, Lehrbuch** (Jacobi) 285.
- Thigenol** (Hönigschmied) 366.
- Thomsensche Krankheit** (Fonte) 768.
- Thorakopagus tetrabrachius** (Kamann) 379.
- Thoraxdeformitäten und adenoiden Wucherungen** (Becker) 810.
- Thymus (Magen)** 122 — Anatomie (Kaplan) 606 — bei Infektion (Mensi) 794 — bei Anämie (Bagalà und Petrone) 792.
- Thymusexstirpation** (Cuzzolino) 218, 793.
- Thymushypertrophie** (Hochsinger) 393 — (Boxberger) 579 — (Friedmann) 728 — (Jones) 502 — (Perrin de la Touche) 584.
- Thymustod**, siehe Todesfälle, plötzliche.
- Thyreoidetheorie** (Mazzeo) 436.
- Thyreoiditis nach Vakzination** (Caccia) 801 — nach Varizellen (Allaria) 471.
- Tibiadefekt** (Nolte) 811.
- Tic** (Dreher) 567 — convulsif (Schkarrin) 623 — maladie des tics (Bourneville und Poulard) 448.
- Tinea** (Lefebvre) 81 — (Mewborn) 506 — in der Schule (Perrin) 573.
- Todesfälle, plötzliche** (Krautwig) 41 — (Perrin) 102 — (Caillé) 154 — (Walz) 154 — (Leubuscher) 258 — (Griffith) 324 — (Segadelli) 438 — (Baginsky) 800.
- Tonsille, Lipom** (Deile) 721 — (Finder) 721 — (Zolki) 721 — Knorpel und Knochen in der T. (Reitmann) 721.
- Tonsillenhypertrophie** (Butts) 104 — (Weil) 627.
- Tonsillitis** (Mills) 106.
- Tonsillotomie, Blutung** (Urban) 344, 380 — (Kinney) 811.
- Trachea, Resektion und Naht** (Kander) 106.
- Tracheotomie** (Busalla) 266 — (Pipping) 514 — (Marfan) 589 — (Leiner) 653.
- Trachom** (Lambert) 82 — (Opdyke) 105 — (Kos) 380 — (Gérard) 803 — (Moizard und Grenet) 805.
- Tränenschlaucheiterung bei Neugeborenen** (Heimann) 36.
- Trepanation** (Broca) 587, 810.
- Trichinosis** (Podciechowski) 507.
- Trychophytie des Kopfes** (Werther) 740.
- Triferrin** (Kraus) 613.
- Trophodermatoneurose** (Selter) 393.

Tuberkulide (Comby) 402.

Tuberkulose (Schottelius) 29 —
 (Martell) 87 — (v. Behring) 143,
 571 — (Alfaro) 176, 577 — (Hand)
 191 — (Kluge) 191 — (Arroz-Alfaro)
 335 — (Ganghofner) 401, 581 —
 (Köppen) 406 — (Nebelthau) 494
 (Kober) 536 — (Raw) 563 —
 (Fischer) 564 — (Baumel) 571 —
 (Cheinisse) 572 — (Descos) 580 —
 (Monsarrat) 583 — (de Oliveira)
 584 — (Pottenger) 584 — (Gaffky)
 786 — (Grancher) 803 — (Grün-
 feld) 803 — (Jovane) 804 —
 (Parienté) 806 — (Price-Jones) 807
 — (Trepinsky) 808 — (Liebe) 812
 Behandlung mit Fleischsaft (Josias
 u. Roux) 175 — Behandlung (Brunon
 und Née) 579 — Jodoform bei
 chirurgischer T. (Sinding-Larsen)
 773 — Kinder tuberkulöser Mütter
 (Anderodias und Buard) 792 —
 Statistik (Kayserling) 592 — Durch-
 gängigkeit der Magendarmwand
 für Tuberkelbazillen (Disse) 143 —
 Abtötung der Tb. in erhitzter Milch
 (Hesse) 307 — (Rullmann) 490 —
 experimentelle Lungen-T. (Herx-
 heimer) 187 — Leukozytose bei T.
 (d'Oelsnitz) 806.

Miliare (Margulies) 335 —
 Hirntuberkel (Foà) 456 — (Schulze)
 718 — Tuberkel des Hirnschenkels
 (Guinon) 456 — (des Kleinhirns
 (Nobécourt und Voisin) 193 —
 (Simon) 456 — der Konjunktiva
 (Holth) 753 — des Mittelohres
 (Grimmer) 718 — (Poli) 718 —
 (Konietzko) 718 — des Pharynx
 (Herz) 721 — (Gaito) 802 — der Ton-
 sillen (Koplik) 645 — (Kingsford)
 804 — der Bronchialdrüsen (Guinon)
 581 — der Lungen (Hinz) 336 —
 Lungenkavernen (Mairese) 804 —
 tuberkulöse Bronchopneumonie
 (Azéma) 799 — subpleuraler Tuber-
 kel (Guillaume-Louis) 495 — des
 Perikards (Chappé) 801 — Leber-
 zirrrose (Carrière) 646 — (Petroni)
 783 — abdominale T. bei Brust-
 kindern (Carpenter) 564 — der
 Mesenterialdrüsen (Plebs) 806 —
 Peritonitis (Schramm) 30 — (Rotch)
 88 — (Sutherland) 160 — (Cuthrie)
 192 — (Leroux) 336, 582 (Fried-
 lander) 495 — (Bichat und Goepfert)
 495 — (Banteigne) 578 — (Do-
 bove) 580 — (Bellamy) 800 — der
 weiblichen Geschlechtsorgane (Al-
 laria) 456 — (Neter) 753 — der Pla-
 zenta (Runge) 144 — der Niere

(Massanek) 780 — der Knochen
 und Gelenke (Drocque) 810 — der
 Gelenke (Ribera) 172 — (Hoffa) 172,
 192, 581 — (Schablowski) 375 —
 (Gaudier) 588 — (Génévrier) 773 —
 des Kniegelenkes (Damianos) 161
 — der Knochen und Gelenke am
 Fuß (Schramm) 161 — (Georges)
 810 — des Stirnbeines (Tixier) 585
 — Tuberkulöser Rheumatismus
 (Bentz) 800 — Hauttuberkel (Rens-
 burg) 52 — und Masern (Gréze) 581
 — T. der Lehrer (Bibet) 573, siehe
 Meningitis.

**Tumor in der Bauchhöhle (Lis-
 jetzki) 631 — angeborene Tumoren
 (Stübinger) 210 — (Laengner) 272
 — Kreuzsteißbein - Geschwülste
 (Véron) 591.**

**Typhus (Balzer) 95 — (Brush) 95
 — (Koplik) 197 — (Morse) 197, 555
 — (Blackader) 197 — (Griffith)
 197, 638 — (Clemens) 579 —
 (Dieuzaide) 580 — (Forget) 581 —
 (Muniagurria) 583 — (Nobécourt
 und Voisin) 584 — (Grósz) 662 —
 (Mattoso) 750 — (Allaria) 751,
 792 — (Méry) 805 — (Moizard und
 Grenet) 805 — Behandlung (Méry)
 371 — (Richardière) 372 — Serum-
 therapie (Josias) 175, 265, 582, 750
 — Diagnose (Josias) 178 — (Bern-
 ard) 334 — (Josias und Tollemer)
 572, 750 — (Méry) 583 — Bak-
 teriurie (Flamini) 158 — Blut-
 untersuchung (Churchill) 371 —
 Pathologie der Nervenzelle bei T.
 (Jabolotnoff) 144 — Kernisches
 Zeichen (Carrière) 34 — (Netter)
 34, 583 — Darmparation (Els-
 berg) 639 — Gangrän (Verzeaux
 de Lavergne) 586 — Noma (Tillié)
 264 — Septikämie (Tornaca) 808
 — in der Schwangerschaft (Cham-
 brelent) 792 — Koinzidenz von T.
 und Masern (Morosow und Cha-
 tunzew) 643 — Bäder bei T. (Perre-
 tant) 806.**

**Unguentum argenti colloi-
 dalis (Rommel) 613.**

**Urämie mit Taubheit (Treitel) 713.
 Uranoplastik (v. Eiselsberg) 665.
 Uranostaphylorrhaphie (Lau-
 rent) 811.**

Urethralfisteln (Veau) 509, 591.

**Urethralstrikturen (Falconnet)
 588.**

**Urethritis blennorrhagica (Brü-
 ning) 335.**

Urnisches Kind (Hirschfeld) 398, 501.

- Urobilin** im Blute eines Neugeborenen (Bara) 572.
- Urotropin** als Prophylaktikum gegen Scharlach (Widowitz) 459.
- Urticaria pigmentosa** (Swoboda) 352.
- Vagina**, Imperforation (Villemin) 591.
- Vakzination** (Rosenau) 241 — (Gorini) 308 — (Grimm) 309 — (Bernstein) 366 — (v. Pirquet) 400 — (Bryce) 438 — (Bellotti) 438 — (Mackenzie) 462 — (Flachs) 482 — (Stretton) 573 — (Voigt) 573 — (Guérin) 581 — (Mercier) 583 — (Jantzen) 636 — (Barlerin) 792 — (Dauchez) 802 — *Vaccina generalisata* (Swoboda) 158 — (Dreger) 580 — (Stengel) 808 — Einfluß der V. auf Keuchhusten (Pochon) 584 — Impfschutzverband (Teich) 188 — (Hesse) 539 — Strophulus nach V. (Gillet) 35, 263 — Tetanus nach V. (Cooke) 94.
- Variköse** Erweiterungen der Schädelvenen bei Rachitis (Aubertin) 87.
- Variola** (Sanfelice und Malato) 33 — (Rutherford) 273 — (Morquio) 336, 583 — (Bernstein) 366 — (Guérin) 581 — (Mercier) 583 — (Franklin) 802 — Knochenkomplikationen nach V. (Voituriez) 586 — Schilddrüse bei V. (Roger und Garnier) 585.
- Varizellen** (Schamberg) 370 — (Dawes) 555 — (Fede und Durante) 783 — (Rossi) 807 — gangränöse (Edwards) 492 — Thyreoiditis nach V. (Allaria) 471 — (Caccia) 801.
- Verblödungsprozesse** (Probst) 259.
- Verbrennungen** (Sattler) 778.
- Vererbung** im gesunden und krankhaften Zustande (Orschansky) 788 — und ihre Bedeutung für die Pädagogik (Dierks) 573.
- Vergiftungen** (Brüning) 510.
- Volvulus** (Pescatore) 164 — (Kredel) 273 — (Böckel) 587, 810.
- Vulvitis impetiginosa** (Carrère) 34.
- Vulvovaginitis diphtherica** (Eriksson) 580 — gonorrhoeica, siehe Gonokokken.
- Wachstum** (Cook) 242 — (v. Lange) 80 — der einzelnen Körperteile (Godin) 791 — und Nebenniere (Linser) 76.
- Wachstumsenergie** und Lecithin (Springer) 190.
- Wachstumsschmerzen**, Osteitis (Comby) 630.
- Werlhoffsche Krankheit** (Falk) 94 — (Codecà) 327.
- Windeln**, sterilisierte, bei Hautinfektionen (Weill und Agnel) 573.
- Wirbelkaries** (Grisel) 811.
- Wismut** (Laquer) 307.
- Wismutoxyd**, kolloidales (Kinder) 490.
- Xanthoma tuberosum** (v. Torday) 141, 168.
- Xeroform** (Toff) 79.
- Xerophthalmie** (Jensen) 542.
- Zähne des Kindes** (Kronfeld) 411.
- Zentralnervensystem**, Läsionen bei Kindern kranker Mütter (Charrin und Léry) 801.
- Zerebrin** (Muzzarelli) 440.
- Zerebrospinalflüssigkeit**, oxydierende Fähigkeit (Crisafi) 725 — Chlorgehalt (Nobécourt und Voisin) 726 — bei Hydrokephalus (Langstein) 726.
- Ziehkinder**, siehe Fürsorge für Säuglinge.
- Zwangserziehung** (Schiller, Schmidt und Köhne) 516.
- Zwergwuchs** (Garnier und Lantenoise) 326 — (Poncet und Leriche) 502.
- Zysten**, angeborene, am Hals (Lorthioir) 112 — Dermoid-Z. (Kelley) 163.

54.



